

**Universidad Nacional Experimental  
de los Llanos Occidentales  
“EZEQUIEL ZAMORA”**



**La Universidad que siembra**

**Vicerrectorado de Infraestructura  
y Procesos Industriales  
Coordinación de Área de Postgrado  
Maestría en Ciencias de la Educación  
mención Docencia Universitaria**

**PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA  
TRANSFORMACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICO-LEGAL DE LOS MÉDICOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**AUTOR:**

Reynaldo Mujica Mendoza  
C. I. Nro. V-16.425.858

San Carlos, junio de 2018

**Universidad Nacional Experimental  
de los Llanos Occidentales  
“EZEQUIEL ZAMORA”**



**La Universidad que siembra**

**Vicerrectorado de Infraestructura  
y Procesos Industriales  
Coordinación de Área de Postgrado  
Maestría en Ciencias de la Educación  
mención Docencia Universitaria**

**PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA  
TRANSFORMACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICO-LEGAL DE LOS MÉDICOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Caso: Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora,  
estado Bolivariano de Cojedes**

Requisito parcial para optar al grado de  
*Magíster Scientiarum*

**AUTOR:**

Reynaldo Mujica Mendoza  
C. I. Nro. V-16.425.858

**TUTORA:** Dulce Maria Pérez Drija

San Carlos, junio de 2018



Coordinación Área de Postgrado

**ACTA DE PRESENTACIÓN / DEFENSA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL**

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	<input checked="" type="checkbox"/> Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	--	----------------

Titulado(a):

**PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICO-LEGAL DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Elaborado por el (la) participante:

**Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad**

Reynaldo Coromoto Mujica Mendoza, C.I. 16.425.858

Como requisito parcial para optar al grado académico de: *Magister Scientiarum*, el cual es ofrecido en el programa de: *Maestría Ciencias de la Educación Mención Docencia Universitaria*, de la Coordinación de Postgrado del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ – San Carlos, hacemos constar que hoy, 12-06-2018, a las 4:08 pm, se realizó la presentación / defensa del mismo, acordando:

- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN HONORÍFICA.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN Y HONORÍFICA.

Dando fe de ello levantamos la presente acta, la cual finalizó a las: 4:37 pm

**1.- Jurado Coordinador (a)**

MSc. Raphael Castilla, C.I.  
7.146.897, (UNELLEZ)

**2.- Jurado Principal**

MSc. Carmen Pinto, C.I. 4.101.093,  
(Tutora - UNELLEZ)



**3.- Jurado Principal**

Dra. Dulce Pérez Drija, C.I.  
9.119.027, (Tutora - UNESR)

**4.- Jurado Suplente 1**

Dr. Antonio Flores, C.I. 11.962.937,  
(UNELLEZ)

**5.- Jurado Suplente 2**

MSc. Luis Gómez, C.I. 11.961.639,  
(UNELLEZ)

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS  
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”  
COORDINACIÓN ÁREA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**APROBACIÓN DE LA TUTORA**

Yo, Dulce María Pérez Drija, titular de la cédula de identidad Nro. V-9.119.027, hago en mi carácter de tutora del Trabajo de Grado titulado: **PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICO-LEGAL DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**, presentado por el ciudadano Reynaldo Coromoto Mujica Mendoza, titular de la cédula de identidad Nro. V-16.425.858, para optar al título de *Magíster Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, por medio de la presente certifico que he leído el trabajo, por lo cual considero que reúne las condiciones para ser defendido y evaluado por el jurado examinador que se le designe.

En la ciudad de San Carlos, a los 15 días del mes de mayo del año 2018.

**DULCE MARÍA PÉREZ DRIJA**

  
Firma de Aprobación de la Tutora

## DEDICATORIA

A la memoria de Yudexzi Cárdenas Sánchez (+) y María Blanco (+), dos extraordinarias mujeres que –sin saberlo y sin quererlo–, me inspiraron para desarrollar el problema de la presente labor investigativa. Descansen en paz.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a la omnipotencia suprema del Padre Creador, por su amor infinito, al permitir que me desempeñara en el mejor oficio que puede existir en todo lo extenso del universo: *La Docencia*. ¡Un arte que simplemente me apasiona! Y a los que nos ayudaron para que esta investigación saliera adelante: ¡A todos, gracias!

## ÍNDICE

	pp.
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE IMÁGENES.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>FASE I: PROBLEMATIZACIÓN.....</b>	<b>3</b>
El Problema.....	3
Sistematización de las Experiencias Vividas por el Investigador.....	4
Pregunta Generadora de la Investigación.....	8
Descripción del Escenario.....	11
Propósitos de la Investigación.....	13
Propósito general.....	13
Propósitos específicos.....	13
Justificación e Importancia de la Investigación.....	13
<b>FASE II: TEÓRICO INICIAL.....</b>	<b>15</b>
La Teoría.....	15
Experiencias Previas.....	17
Teorías Sustantivas.....	21
Teoría Generales.....	25
Marco legal aplicable.....	27
<b>FASE III: METÓDICA.....</b>	<b>31</b>
Adscripción Paradigmática.....	31
Tipo de Investigación.....	32
Diseño de la Investigación.....	33
Actores Sociales.....	34
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	36
Técnica de Interpretación y Análisis de la Información.....	37
Validez y Fiabilidad de la Investigación.....	38
<b>FASE IV: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.....</b>	<b>41</b>
Categorías Axiales que emergieron del Fenómeno en Estudio.....	63

<b>FASE V: PLANIFICACIÓN.....</b>	<b>64</b>
Fundamentación Teórica.....	65
Objetivo General del Programa de Ampliación de Conocimiento.....	66
Destinatarios.....	66
Estructura del Programa de Ampliación de Conocimiento.....	67
<b>FASE VI: EJECUCIÓN.....</b>	<b>74</b>
<b>FASE VII: EVALUACIÓN.....</b>	<b>101</b>
Reflexión Final.....	110
REFERENCIAS CONSULTADAS.....	112

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA</b>	<b>Pág.</b>
1. Sistematización de la entrevista a los Actores Sociales.....	10
2. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-1...	43
3. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-2...	45
4. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-3...	47
5. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-4...	49
6. Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-5...	52
7. Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-1.....	54
8. Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-2.....	56
9. Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-3.....	58
10. Categorización axial de la narratividad de los actores sociales y de los informantes claves.....	61
11. Cronograma de Actividades Unidad I: Deontología Médica y Bioética	71
12. Cronograma de Actividades Unidad II: Derecho Médico.....	72
13. Cronograma de Actividades Unidad III: Medicina Forense.....	73
14. Cronograma de Actividades Unidad IV: Culpa Médica.....	74
15. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA UNO de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.....	75
16. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DOS de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.....	77
17. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA TRES de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.....	79
18. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA CUATRO de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.....	83
19. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA CINCO de la segunda unidad, Derecho Médico.....	85
20. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA SEIS de la segunda unidad, Derecho Médico.....	87
21. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA SIETE de la segunda unidad, Derecho Médico.....	89
22. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA OCHO de la segunda unidad, Derecho Médico.....	90
23. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA NUEVE de la tercera unidad, Medicina Forense.....	91
24. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DIEZ de la tercera unidad, Medicina Forense.....	92
25. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA ONCE de la cuarta unidad, Culpa Médica.....	94
26. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DOCE de la cuarta unidad, Culpa Médica.....	95
27. Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA	

	TRECE de la cuarta unidad, Culpa Médica.....	97
28	Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.....	98
29	Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la segunda unidad, Derecho Médico.....	100
30	Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la tercera unidad, Medicina Forense.....	100
31	Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la cuarta unidad, Culpa Médica.....	101
32.	Narratividad del actor social MÉDICO-1 sobre su experiencia personal	103
33	Narratividad del actor social MÉDICO-2 sobre su experiencia personal	103
34.	Narratividad del actor social MÉDICO-3 sobre su experiencia personal	104
35.	Narratividad del actor social MÉDICO-4 sobre su experiencia personal	104
36.	Narratividad del actor social MÉDICO-5 sobre su experiencia personal	105

## LISTA DE IMÁGENES

<b>IMAGEN</b>	<b>Pág.</b>
1. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-1.....	44
2. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-2.....	47
3. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-3.....	49
4. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-4.....	51
5. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-5.....	53
6. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-1.....	56
7. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-2.....	58
8. Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-3.....	60

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS  
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”  
COORDINACIÓN ÁREA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA  
TRANSFORMACIÓN DE LA PRAXIS MÉDICO-LEGAL DE LOS MÉDICOS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**AUTOR: REYNALDO MUJICA MENDOZA  
TUTORA: DULCE MARÍA PÉREZ DRIJA  
AÑO: 2018**

**RESUMEN**

El propósito de la presente investigación, fue “transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimiento”. El estudio fue elaborado entre mayo 2017 y mayo 2018. Metodológicamente la investigación se enmarcó en el paradigma socio-crítico, enfocada en el método de la Investigación Acción Participativa (IAP), mediante cuatro fases: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Reflexión para la evaluación de los resultados. Se conformó un grupo de investigación acción participativa (GIAP), integrado por cinco actores sociales y tres informantes claves. La recolección de información se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada, lo que permitió el abordaje a los profesionales de la salud, pertenecientes a la precitada red. De igual modo, se aplicó un plan de acción representado en un programa de ampliación de conocimiento en responsabilidad médico-legal, dictado por el Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, modalidad semipresencial, acreditado con cuatro (04) unidades de crédito, por noventa y seis horas (96h) académicas teórico-prácticas. Como resultados significativos se mencionan los siguientes: Médicos empoderados de terminología y herramientas legales indispensables para su óptimo ejercicio profesional; médicos sensibilizados por la labor de otros profesionales en el campo legal, como abogados y funcionarios policiales; médicos con una visión transformada sobre el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como herramienta de enseñanza-aprendizaje.

**Palabras Claves:** Investigación Acción Participativa, Paradigma Socio-Crítico, Transformación, Praxis Médico Legal, Formación Médica Continua.

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS  
LLANOS OCCIDENTALES “EZEQUIEL ZAMORA”  
COORDINACIÓN ÁREA DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**PROGRAM OF EXTENSION OF KNOWLEDGE FOR THE  
TRANSFORMATION OF THE MEDICAL-LEGAL PRAXIS OF PRIMARY  
CARE PHYSICIANS**

**AUTHOR: REYNALDO MUJICA MENDOZA  
TUTOR: DULCE MARÍA PÉREZ DRIJA  
YEAR: 2018**

**ABSTRACT**

The purpose of this research was “to transform the medical-legal practice of primary care physicians assigned to the Health Services Network of the Ezequiel Zamora autonomous municipality, Bolivarian State of Cojedes, through a Knowledge Expansion Program”. The study was prepared between May 2017 and May 2018. Methodologically, the research was framed in the socio-critical paradigm, focused on the Participatory Action Research (PAR) method, through four phases: Diagnosis, Planning, Execution and Reflection for the evaluation of the results. A participatory action research group (PARG) was formed, composed of five social actors and three key informants. The collection of information was carried out through the semi-structured interview, which allowed the approach to health professionals, belonging to the aforementioned network. In the same way, an action plan was applied, represented in a program for the expansion of knowledge in medico-legal responsibility, dictated by the Postgraduate Area of UNELLEZ-VIPI, blended modality, accredited with four (04) credit units, by ninety-six hours (96h) academic theoretical-practical. The following are mentioned as significant results: Doctors empowered with terminology and legal tools indispensable for their optimal professional practice; doctors sensitized by the work of other professionals in the legal field, such as lawyers and police officers; doctors with a transformed vision on the use of information and communication technologies, as a teaching-learning tool.

**Key Words:** Participatory Action Research, Socio-Critical Paradigm, Transformation, Legal Medical Praxis, Continuing Medical Education.

## INTRODUCCIÓN

En algún momento de mi vida quise ser médico. Hoy estoy convencido que mi vocación iba encaminada hacia otras áreas del saber: El Derecho y la Docencia Universitaria. Como profesor y estudioso de las Ciencias Penales y Criminológicas, poseo contacto perenne con profesionales de la salud e infinidad de términos y conceptos médicos, aplicados a las disciplinas que regulan las conductas consideradas punibles, como el tema del aborto y los trastornos psicopatológicos, solo por mencionar un par de ejemplos, tema último que marca la pauta en la materia de imputabilidad, como prerrequisito subjetivo a fin de determinar la culpabilidad de un indiciado.

Cuando comencé a cursar la Maestría en Ciencias de la Educación, mención Docencia Universitaria y tuve que encarar la necesidad de un problema de investigación, me pregunté: «¿Cómo abarcar o fusionar en una misma temática, todas estas pasiones?». Ya tenía un primer esbozo de lo que podría ser el problema y luego se me presentó otra dificultad: «¿Cómo? ¿Cómo hacerlo? ¿Bajo qué enfoque metodológico?». Y fue cuando llegó a mi vida, mi amada Dulce María, mi tutora, mi compañera en este viaje, diciéndome: «Eso, sin duda alguna, quedaría genial como una IAP». Yo no tenía ni idea de cómo hacer IAP, pero hay un dicho que reza: «Cuando el discípulo está preparado, aparece el maestro», y yo –al parecer– ya estaba preparado para cuando mi maestra apareció.

Fue un camino arduo, complejo, de meses de trabajo intenso, pero aquí tiene usted en su poder –apreciado lector–, el informe final de la labor realizada. Esto es apenas una breve memoria escrita de toda la gratificante experiencia vivida, estructurada en siete capítulos, denominados “fases”. La primera fase, fue nombrada “Problematización”; la segunda, “Teórico Inicial”; la tercera “Metódica”; la cuarta “Diagnóstico Participativo”; la quinta “Planificación”; la sexta “Ejecución” y, por último “Evaluación”.

En el primer momento se describió el contexto en estudio, se identificó y seleccionó el problema y se presentaron los propósitos de la investigación, además de la justificación y las interrogantes que nos guiaron. El segundo paso contiene el

teórico inicial que proporcionó soporte al estudio. En la tercera fase prevaleció la fundamentación teórica, sobre el cual se apoyó la investigación. Durante el Diagnóstico Participativo, se muestran los hallazgos de las entrevistas hechas a los actores sociales e informantes claves. En la quinta fase se presenta la planificación con los resultados del diagnóstico participativo, su fundamentación, justificación y su diseño. En el sexto momento se expresó el accionar de la planificación, para finalmente, en la séptima fase, reflexionar sobre las intenciones que nos propusimos y los resultados que obtuvimos.

¡Una forma absolutamente novedosa –al menos para mí– de hacer ciencia!

## FASE I

### PROBLEMATIZACIÓN

“El ser no se da nunca a nadie en su totalidad, sino sólo según ciertos aspectos y categorías” (Aristóteles, *Metafísica*, Libro IV).

#### **El Problema**

Concebida la idea, corresponde al investigador profundizar en el tema a fin de plantear el problema, lo cual significa afinar formalmente dicha idea de investigación. Todo proceso investigativo –necesariamente– inicia con la identificación y descripción del problema. En Investigación Acción Participativa (IAP), el problema es definido por quienes viven y sobrellevan la dificultad. Para Molina (2016), constituye una “una construcción colectiva, participativa, reflexiva, crítica y dialógica” (p. 52), que no responde a las necesidades particulares del investigador, como sí ocurre bajo el enfoque del paradigma positivista.

Problematizar, en el enfoque socio-crítico, ha de entenderse como la acción encaminada a hacer surgir las dudas e inquietudes que guiarán el desarrollo de la labor investigativa, por tanto, Molina (ob. cit.) precisa que “la problematización se da en un momento dado, en un contexto específico y con unos protagonistas específicos” (*Ibidem*). Formular la pregunta general de la investigación, significa –para el citado investigador– “un proceso complejo porque emerge de la intersubjetividad de los protagonistas del acto [...] e implica un procedimiento de síntesis de los diversos y contradictorios puntos de vistas que enuncian los sujetos en su dialogar” (p. 53).

Para la identificación y selección del problema, el autor *in comento* plantea una o la combinación de varias de las siguientes opciones y/o rutas:

- a) Por demanda institucional.
- b) Por demanda comunal.
- c) Por sistematización de experiencias que realiza el docente.
- d) Por jerarquización de dificultades.
- e) Por rizomatización de los problemas.
- f) Por triangulación de las subjetividades narradas por los sujetos.
- g) Por holarquización de las necesidades enunciadas (p. 56).

Devela, pues, este investigador la forma de alcanzar la identificación y selección del problema, empleando una o varias alternativas. Para la determinación de mi problema de investigación, me incliné hacia la sistematización de experiencias. Jara (2011), conceptualiza la sistematización de experiencias como el “proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos” (p. 67).

### **Sistematización de las Experiencias Vividas por el Investigador**

Formalmente me dedico a la docencia universitaria desde el año 2010, en la Universidad Nacional Experimental de los Llanos “Ezequiel Zamora” (UNELLEZ), Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales, con sede en San Carlos, Cojedes, primero como docente libre (2010-2014), luego como docente contratado (2014-2017); y al momento de redactar la presente memoria de investigación, poseo el estatus de docente ordinario en la categoría de instructor, a tiempo completo (2018).

A quienes nos apasiona el mundo académico, quienes verdaderamente amamos el compartir experiencias de aprendizaje con nuestros participantes, el vincularnos con el entorno en proyectos socio-comunitarios y –precisamente– esto, de la labor investigativa, no dejamos de ser docentes en ningún momento de nuestras vidas, en ninguno de los roles que nos corresponde desempeñar. Ser profesor universitario no es una vestidura que uno pueda ponerse y quitarse al entrar y salir de un aula de clases. No. Este oficio representa un apostolado que nos acompaña a todas partes, las veinticuatro horas del día.

Por azares del destino, no llegué a conocer ni compartir con ninguna de mis abuelas, pero la vida me premió con una abuelita sustituta que ya falleció, llamada María Blanco (+), cuyos últimos años de vida fueron algo complejos, por decir lo menos. Paciente de sesenta y cinco años de edad al momento de morir, diabética y diagnosticada con Alzheimer, enfermedad degenerativa que produce un deterioro cognitivo progresivo.

Fueron muchas las horas que compartí con ella durante su enfermedad, primero llevándola en mi vehículo a los centros de atención primaria de salud (APS), llámense consultorios populares (CP) y ambulatorios, a objeto de que recibiera la asistencia médica oportuna. Luego en establecimientos médicos de atención secundaria, como centros de diagnóstico integral (CDI) y el hospital general de la ciudad de San Carlos (Cojedes), donde estuvo recluida sus últimos meses de vida, debido a la delicada condición de salud que presentaba, puesto que su pierna izquierda debió ser amputada y como consecuencia de la diabetes, jamás cicatrizó.

Mi vínculo con los establecimientos de salud se estrechó aún más, con otra paciente llamada Yudexzi Cárdenas (+), una mujer muy importante en mi vida, quien murió a la edad de treinta y cinco años de edad, producto de una complicación médica que ameritó la amputación de parte de su intestino grueso ascendente, y la realización de un procedimiento quirúrgico denominado «colostomía», diagnosis que la mantuvo recluida en el aludido hospital, por espacio de setenta días, falleciendo unas pocas semanas después de habersele concedido el alta.

En ese período yo pasé una gruesa cantidad de horas en dicho nosocomio, yendo varias veces al día, trasladando comida, agua, medicinas, insumos médicos y todo lo que usted –apreciado lector– pueda asumir que amerita un paciente recluido, en condiciones delicadas. Incluso, llegué a pernoctar en varias oportunidades.

Durante ese lapso, llegué a admirar aún más la labor de los médicos, las enfermeras y del personal de salud en general. Es verdaderamente loable el trabajo que realizan estos profesionales, cargados de entrega, abnegación y mucha vocación, lo cual –tristemente– no llega a compensar la carestía en los insumos necesarios para la atención integral; y lo indigno que pueden llegar a ser los salarios que reciben como contraprestación por los servicios prestados.

En ese momento me convencí que yo definitivamente no hubiese servido para ser médico, lo cual fue mi sueño cuando niño. Lo cierto es que gracias a estos episodios quedé gratamente satisfecho e infinitamente agradecido con el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), porque a pesar de las carencias, de sus venturas y desventuras, con sus aciertos y desaciertos en cuanto a las políticas públicas que rigen

la materia, pero sí sirve, y es precisamente gracias a su gente, al personal que la conforma.

Toda esta interrelación con dicho sistema, frecuentando establecimientos sanitarios, interactuando con personal de salud, me llevó a observar desde un punto de vista crítico, una serie de circunstancias que sembraron en mi psique el problema de investigación que me permito plantear aquí y ahora, situaciones de trascendencia médico-legal que me llevaron a mí, como Abogado, apasionado por el estudio de las Ciencias Penales y Criminológicas, profesor universitario y cursante de una Maestría en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, a encausarlas y tratar de darle respuesta o alguna posible solución desde mi ámbito académico. Es aquí donde encaja la afirmación hecha unos párrafos atrás, y es que dedicarse a la docencia representa un apostolado que nos acompaña las veinticuatro horas del día.

Estando en el hospital llegué a observar situaciones polémicas puntuales como el hecho de que, por las noches, hay más enfermeras con chaqueta azul, en rol de supervisoras, que enfermeras vestidas todas de blanco, que son las que más se necesitan, porque son ellas las que pasan el tratamiento a los usuarios de los servicios de salud. Sin embargo, muchas de esas enfermeras supervisoras pueden ver que una enfermera subordinada a ellas está tratando de tomar una vía, sin el protocolo debido, en este caso sin protegerse con guantes de látex, y no les llaman la atención. Con María (+), mi abuela putativa, ocurrió. Y yo pensaba en ese instante: ¿Y si María tiene una enfermedad contagiosa? ¿Y si la enfermera tiene alguna herida abierta en sus manos? O si ocurre un pinchazo y el posterior contagio de la enfermera, ¿no es responsabilidad de ella misma?

Esto por mencionar solo un episodio con una enfermera. Con Yudexzi (+) ocurrió que un camillero dijo a *vox populi*, en presencia de la paciente que, aunque estaba débil físicamente, se encontraba mentalmente hábil y consciente de su condición: “No dejen que la den de alta, porque si sale del hospital, se les va a morir”. Ese comentario me resultó no menos que inapropiado, imprudente e impertinente.

Respecto a los profesionales de la medicina, pude observar la discriminación existente entre los médicos cirujanos egresados de las universidades tradicionales, y

los médicos formados especialmente para la APS, llamados Médicos Integrales Comunitarios (MIC), lo cual me parece una política pública extraordinaria, porque se asemeja mucho a lo que yo estudié y defendí en Criminología; y es que, si educamos adecuadamente al niño, no tendremos luego que tratar de corregir al criminal adulto. Transportando esa concepción al tema de la salud, es más viable y hasta más económico para el Estado, el tema de prevenir las causas que originan la enfermedad, que luego tener que devolver la salud a los usuarios.

Esa concepción me parece muy humanista, sin embargo, insisto que yo pude percibir que el sistema –casi en pleno– ha segregado y etiquetado la función de los Médicos Integrales Comunitarios, a tal extremo que ellos mismos, en aras de alcanzar confianza y seguridad en su labor, han optado por cursar especialidades clínicas-quirúrgicas, para tratar de borrar el estigma de haber sido formados para la APS, obviando la razón de ser de sus estudios universitarios de pregrado.

No obstante, en médicos tradicionales y en médicos integrales, llegué a observar deficiencias en cuestiones médico-legales. Así, por ejemplo, una de las últimas veces que Yudexzi (+) fue intervenida quirúrgicamente, los médicos que la operaron nos presentaron un “Consentimiento Informado” que no cumplía los requisitos legales mínimos para ser considerado un documento médico-legal válido. Para empezar, nadie suscribía dicho documento en representación del hospital. En relación a los médicos integrales, también pude observar algunas negligencias e imprudencias en la APS, que acarrearían –al menos– responsabilidades éticas y disciplinarias, para no adentrarnos –*a priori*– en materia legal de orden administrativo, civil y/o penal, como comentarios inapropiados al estilo del camillero *supra* mencionado.

Entonces, comoquiera que habría que encausar el problema de investigación hacia una dirección específica, para evitar la dispersión de tiempo y de recursos, decidí enfocarme principalmente hacia los médicos que laboran en la Atención Primaria de Salud (APS), en la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes.

### **Pregunta Generadora de la Investigación**

Molina (ob. cit.) nos dice que la pregunta generadora de la investigación no sale de la nada, sino que, muy por el contrario:

Se visibiliza cuando las personas como respuestas a preguntas exploratorias sobre sus necesidades, narran desde sus subjetividades las dificultades que viven en el aula de clase, institución educativa o comunidad y se contrastan con las observaciones que los y las docentes han venido sistematizando durante la interacción con el grupo de estudiantes para llegar por consenso o mayoría, a identificar y seleccionar el problema que genera la investigación, el cual se expresa como una interrogante que desafía el saber (p. 53).

Parafraseando a Chávez (2004), es posible aseverar que formular la inquietud que guía una investigación, implica hacer salir a la luz el problema desde la interioridad de los sujetos a través de interrogantes, lo cual es una acción esencialmente mayéutica que significa “sacar a la luz” (p. 64). Para Molina (ob. cit.), la pregunta generadora “es la interrogante principal que define el problema y en consecuencia direccionará el proceso de investigación durante los subsecuentes pasos y ciclos o momentos de la IAP” (p. 73). A su juicio, “este constituye el paso número dos de la metódica o procedimiento del momento problematización” (*Ibidem*).

Así las cosas, de lo expuesto hasta ahora, surgió la siguiente pregunta generadora que guio el desarrollo de la presente investigación:

¿Cómo transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimientos?

Para avanzar en el proceso de la problematización, me planteé indagar las concepciones existentes de cada actor social. Sobre este particular, Robledo (2009), define a los actores sociales como “aquellas personas que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador, convirtiéndose en una fuente importante de información, a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios” (p. 3).

Mi selección de los actores sociales, fue realizada basándome en los siguientes criterios: Médicos Cirujanos –egresados de universidades tradicionales– dedicados a la atención primaria de salud; Médicos Integrales Comunitarios dedicados a la atención primaria de salud; y estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. De acuerdo al criterio esbozado por Strauss *et al* (2002), es importante realizar al mismo tiempo la recolección y el análisis de los datos (p. 61). Para ello tome una muestra teórica de cinco actores sociales, pertenecientes a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, quienes fueron co-investigadores en la presente labor.

En función de la entrevista inicial, los actores sociales dieron una concepción desde su perspectiva y sus conocimientos, sobre lo que el grupo focal entendía por «Praxis Médico-Legal», además de narrar sus experiencias y anécdotas, con respecto a la interrogante planteada. Esta integración permitió humanizar en esta primera fase, la participación protagónica de los actores sociales, quienes por ser co-investigadores, contaron con un rol dinámico durante todo el proceso, los cuales empezaron a compartir sus anécdotas y saberes sobre el tema. De todos sus discursos, sistematicé la narrativa que a continuación se presenta (ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Sistematización de la entrevista a los Actores Sociales**

Actor Social	Socialización del concepto de «Praxis Médico-Legal»
MÉDICO-1	Todos aquellos <b>procedimientos</b> efectuados por los profesionales de la <b>Medicina</b> , adecuados o inadecuados, en <b>ejercicio</b> de nuestras funciones, bajo el manto protector de las diversas <b>normas, leyes, decretos o códigos</b> que regulan la <b>actuación profesional</b> en la República.
MÉDICO-2	Es la <b>disciplina</b> que aplica los principios y la práctica de las diferentes ramas de la <b>Medicina</b> , ajustadas a las <b>normas</b> , para el esclarecimiento de las cuestiones dudosas en los tribunales de justicia.
MÉDICO-3	Es el <b>conjunto de procedimientos</b> que aplicamos los <b>profesionales</b> de la <b>Medicina</b> , fielmente relacionados con la <b>ley</b> , ya que existen <b>normas y principios</b> por los cuales debemos regirnos los <b>Médicos</b> .
MÉDICO-4	Es el <b>manejo de conocimientos médicos</b> , bioéticos, <b>jurídicos</b> , administrativos y de ciencias accesorias, a la aplicación, desarrollo y perfeccionamiento del <b>Derecho</b> , de la atención sanitaria y la <b>práctica</b>

	médica.
MÉDICO-5	Es la práctica médica tratada bajo criterios de basamentos, leyes o códigos que existen para su ejercicio.

**Fuente:** Elaboración Propia (2018).

Se visualiza en la tabla precedente, una dispersión en los componentes que, a criterio de los actores sociales, definen el concepto de «Praxis Médico-Legal», pues dos de ellos consideran que se trata de un “procedimiento”, uno refiere que es una “disciplina”, otro considera que es un “manejo de conocimientos”; mientras que el último cree que es una “práctica”. Todos, sin embargo, coinciden en que atañe a los profesionales de la Medicina y al establecimiento de las normas, leyes y preceptos jurídicos que, en general, rigen la actuación del médico.

Molina (ob. cit.), precisa que los conceptos sensibilizadores, son aquellos que “emergen de la experiencia concreta y del caso particular en estudio, del cual se efectúan generalizaciones para incrementar su significación” (p. 95). Así, pues, para Molina (ob. cit.):

La investigación acción (IA) emplea conceptos sensibilizadores; mientras que, la investigación tradicional conceptos definidores. El concepto definidor es aquel que demarca claramente las características comunes a una clase de objetos en su dimensión individual y en su ámbito. El concepto sensibilizador proporciona un sentido general y de orientación para aproximarse a los casos empíricos (p. 31).

Se les llama conceptos sensibilizadores, pues surgen de la intersubjetividad de los actores sociales involucrados en el proceso, desde el sentido común. Así, pues, habiendo analizado la similitud conceptual de los discursos expuestos por los co-investigadores, se obtuvo como resultado el siguiente concepto sensibilizador de «Praxis Médico-Legal»:

Praxis Médico-Legal representa el manejo idóneo de los conocimientos técnico-científicos y la puesta en práctica del conjunto de procedimientos médicos, ejecutados por los profesionales de la Medicina, cuando éstos actúan ajustados a los preceptos jurídicos –entiéndase normas, leyes, decretos, códigos y reglamentos– que rigen su actuación profesional.

### **Descripción del Escenario**

La Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, capital del estado Bolivariano de Cojedes, está conformada por once (11) Consultorios Populares Tipo 1; ocho (8) Consultorios Populares Tipo 2; y doce (12) Consultorios Populares Tipo 3. Esta clasificación de los establecimientos de salud la efectuó el del Ministro del Poder Popular para la Salud (MPPPS), de acuerdo a lo escrito por Martino (2016), “tomando en cuenta una serie de criterios enmarcados en el número de habitantes, número de familias y servicios médicos que se ofertan en los mismos” (p. 17).

Asimismo, la ciudad de San Carlos –capital del aludido municipio–, dispone de cuatro (4) establecimientos que complementan el nivel primario de atención, pertenecientes a la Red Ambulatoria Especializada. En primer lugar, el Ambulatorio “Augusto Malavé Villalba” conocido como La Morena, ubicado en la avenida Ricaurte de la ciudad; el Ambulatorio “Blanca de Pérez”, el cual se ubica en el sector Los Malabares; Ambulatorio “Menca de Leoni”, ubicado en el sector Limoncito; y finalmente, la Unidad Sanitaria “Dr. Cándido Díaz Carballo” que se ubica en el cruce de las calles Páez y Manrique, frente a la Plaza Bolívar. Tanto los consultorios populares, como los ambulatorios de la red especializada, pertenecen a la Red de Servicios de Salud, dependiente de la Dirección Estatal de Salud (DES), órgano desconcentrado de la Administración Pública Estatal, el cual representa el brazo ejecutivo del MPPPS en la entidad llanera.

Durante el año 2016, el municipio autónomo Ezequiel Zamora contaba con una población de 117.505 habitantes, de acuerdo a la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), distribuida en una superficie de 2.507 kilómetros cuadrados; y para completar la Red de Servicios de Salud que atiende a dicha población, se cuenta con un hospital general denominado “Hospital General Dr. Egor Nucete”, el cual –de acuerdo a lo expuesto por Martino (ob. cit.)–, “presta servicios especializados que solo brinda el sector público, como por ejemplo el servicio de Neonatología y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un alcance a todo el

estado Cojedes” (Pp. 16-17). Ahora bien, plasmado, en este estado resulta interesante traer a colación lo escrito por Berríos (2008), cuando afirma que:

La formación médica debe ser integral, en el currículo médico se debe incluir aspectos relacionados con las humanidades que permitan a los estudiantes llegar a ser profesionales competentes, de conducta ética y sensibilidad estética adecuada, a fin de constituirse en un elemento que no sólo satisfaga las exigencias de la sociedad, sino que contribuya a su perfeccionamiento (p. 319).

En los estudios de medicina –sin duda alguna–, la formación básica se consigue en la denominada educación universitaria, empero, resulta necesario que esta formación deba complementarse y prolongarse durante toda la vida, con la intención de que el médico adquiera las habilidades y destrezas necesarias para su ejercicio profesional; además de una actitud conveniente a fin de mantener una conducta adecuada, de acuerdo con los principios de la ética y las buenas costumbres. El problema se presenta cuando esas acciones u omisiones médicas, acarrearán algún tipo de responsabilidad jurídica –sobrepasando lo meramente deontológico–, y es cuando entra en juego el tema de la formación en materia médico-legal.

Para dar respuesta a la pregunta general de la investigación, fue necesario plantearme otras interrogantes secundarias, a saber: ¿Cuál es la situación actual de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio Ezequiel Zamora, en lo que respecta a su formación médico-legal? ¿Qué áreas temáticas deben tomarse en cuenta para el diseño de un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, de acuerdo a la realidad evidenciada en los médicos de atención primaria adscritos a la precitada red?

¿En qué medida cambiaría la praxis médico-legal de los actores sociales, con la ejecución del Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal? ¿Cuál sería el resultado de la ejecución del Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, impartido a los médicos de atención primaria pertenecientes a la Red de Servicios de Salud del municipio Ezequiel Zamora?

## **Propósitos de la Investigación**

### **Propósito general**

Transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimiento.

### **Propósitos específicos**

1. Reconocer, a través del diagnóstico participativo, la situación actual de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio Ezequiel Zamora, en lo que respecta a su formación médico-legal.
2. Generar con la participación de los actores sociales, los contenidos programáticos para el diseño de un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, de acuerdo a la realidad evidenciada en los médicos de atención primaria adscritos a la precitada red.
3. Ejecutar el Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, con especialistas en las áreas temáticas.
4. Reflexionar acerca de los resultados obtenidos con la ejecución del Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, impartido a los médicos de atención primaria pertenecientes a la Red de Servicios de Salud del municipio Ezequiel Zamora

### **Justificación e Importancia de la Investigación**

La presente investigación se encuentra enmarcada en el Área de Ciencias de la Educación, del Plan General de Investigación de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (2008), bajo las líneas “Educación y Sociedad” y “Salud Pública” (p. 22). Se realiza como un requisito parcial que debe cumplir el investigador, para optar al grado académico de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria.

El producto de la labor investigativa pretende constituirse en una herramienta transformadora y revolucionaria, de la praxis médico-legal de los Médicos de Atención Primaria de Salud pertenecientes a la Red de Servicios de Salud del municipio Ezequiel Zamora, evidenciado –así como ha quedado escrito–, el problema

de la formación académica en el ámbito jurídico; y las consecuencias que ello acarrea en su desempeño profesional, bien sea ejerciendo el rol asistencial, investigativo, docente y/o funciones administrativas.

Desde el punto de vista epistémico este trabajo de investigación constituye una guía con significativos aportes teóricos y científicos, sentando las bases para la transformación de la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria de salud, a través del desarrollo de un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, beneficiando de manera directa a los médicos que fungieron como co-investigadores; pero también favoreció a profesionales de otras áreas del saber, como Abogados y Funcionarios Policiales que conformaron la primera cohorte. Finalmente, el trabajo constituye un antecedente para futuras investigaciones en el ámbito médico, pero también en el área jurídica, relacionadas con el tema de la responsabilidad médico-legal.

## FASE II

### TEÓRICO INICIAL

“Mi flor es efímera –pensó el principito–, ¡y solo tiene cuatro espinas para defenderse contra el mundo!” (Antoine de Saint-Exupéry, 1953. *El Principito*, p. 54).

#### **La Teoría**

Este segundo momento o fase, denominado teórico inicial o simplemente marco teórico, como lo significa Molina (ob. cit.), representa “el conjunto de ideas y concepciones que definen el paradigma, las concepciones generales sobre la sociedad y el cambio social y los conceptos de sentido sustantivos más acotados al tema” (p. 93). A criterio del citado autor, se califica de «inicial» puesto que “constituye, reflexiva y críticamente, la primera aproximación teórica al objeto de estudio previo al diagnóstico, donde se concluye el segundo momento teórico cuando se interpretan los datos que explican las causas de la problemática abordada” (*Ibidem*).

Sautu (2005), define la teoría como “el conjunto de proposiciones lógicamente interrelacionadas del cual se derivan implicaciones que se usan para explicar algunos fenómenos” (p. 23). Para esta autora, las teorías adquieren tres niveles de abstracción interconectados: teorías específicas, sustantivas y generales. En este sentido, Molina (ob. cit.), precisa lo siguiente:

El momento concepto sensibilizador (CS), es el detonante de los sustentos epistemológico en la IAP y unidad teórica más específica que emerge de la PGI [Pregunta General de Investigación]. El CS es el elemento que interconecta el holón problematización con el teórico inicial, generando este último. El momento teorías sustantivas (TS), relaciona crítica y reflexivamente el cuerpo teórico vinculado con el hecho concreto. El momento teorías generales (TG), consiste en la argumentación de las teorías implicadas, las de carácter propiamente generales y el marco legal aplicable (p. 93).

Siguiendo las ideas de este autor, corresponde en este instante “identificar, definir, confirmar, refutar, re-conceptualizar y re-definir el concepto sensibilizador” (p. 99). Este procedimiento es denominado por algunos investigadores –tal es el caso de Elliott y Schutz–, como “verosimilitud”. Así, pues, se acuerdo a Molina (ob. cit.), se debe proceder a confirmar el concepto sensibilizador, “por semejanzas con los conceptos definidores” (p. 100). Recordemos que el concepto sensibilizador de «Praxis Médico-Legal», desarrollado a partir de las ideas de los actores sociales, fue el siguiente:

Praxis Médico-Legal representa el manejo de los conocimientos técnico-científicos y la puesta en práctica del conjunto de procedimientos médicos, ejecutados por los profesionales de la Medicina, cuando éstos actúan ajustados a los preceptos jurídicos –entiéndase normas, leyes, decretos, códigos y reglamentos– que rigen su actuación profesional.

Ahora bien, haciendo una revisión a la literatura disponible, es posible afirmar que no encontramos un referente epistémico que defina «Praxis Médico-Legal», sino que los autores se enfocan a conceptualizar la «mala praxis médica», lo cual –sin duda alguna– tiene repercusiones legales. Hendrickx (s/f), señala que “la mala praxis médica, la podemos entender de una forma muy simplificada, como la actuación incorrecta en el ejercicio de la profesión médica, capaz de provocar daños temporales o permanentes en el paciente” (p. 155).

Orrego (2004), escribe que la mala praxis médica “se refiere a aquellas circunstancias en las que los resultados del tratamiento han originado un perjuicio al enfermo, siempre y cuando estos resultados sean diferentes de los que hubieran conseguido la mayoría de profesionales en las mismas circunstancias” (p. 1). Para este autor, mala praxis abarca la impericia y la negligencia.

Define impericia como “la incapacidad técnica para el ejercicio de una profesión o arte y la fuente de la misma puede radicar en la total ausencia de conocimientos (ignorancia), en un error en el juicio (diagnóstico equivocado) o en la defectuosa ejecución del acto (inhabilidad, torpeza)”. Mientras que –a su juicio– negligencia “implica estar en posesión de los conocimientos suficientes, pero obrar con abandono,

descuido, apatía, abulia, de tal modo que siendo docto y capaz, se incurra en perjudicial actuación merced a falta de aplicación y de esmero en la tarea” (*Ibidem*).

Martin (2012), asegura que “etimológicamente, mala praxis significa mala práctica (*malpractice*). Se aplica en aquellas circunstancias en las que el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis*” (p. 20). Este autor es enfático al precisar que “se trata de un concepto legal y no médico, usado como sinónimo de técnica correcta o, de manera más precisa, como la atención médica que proporcionaría un médico razonable en las mismas o similares circunstancias” (*Ibidem*).

Carhuatocto (2010) expresa que “la mala praxis o mala práctica es el daño ocasionado por el médico debido a ignorancia, impericia o negligencia” (p. 69), definiendo impericia como “la falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad”. Por su parte, considera que imprudencia “es la omisión del cuidado o diligencia exigible a un profesional. [Quien ejecuta un acto imprudente] no mide ni precave las posibles consecuencias de su acción y se expone irreflexivamente a causar un daño. Es realizar un acto con ligereza sin tomar las debidas precauciones” (*Ibidem*).

Estas definiciones se relacionan con nuestro concepto sensibilizador porque definen las consecuencias legales de un manejo inadecuado de los conocimientos técnico-científicos y la puesta en práctica del conjunto de procedimientos médicos, ejecutados por los profesionales de la medicina, cuando actúan desapegados a los preceptos que rigen su actuación profesional. Consideramos, entonces, que hemos hecho un pequeño pero significativo aporte al campo del conocimiento objeto de estudio.

### **Experiencias Previas**

Molina (ob. cit.), nos dice que “las experiencias previas son todas aquellas vivencias investigativas realizadas por otros grupos de investigación acción participativa en otros contextos e incluso en otros países a los que tenga acceso el GIAP” (p. 100), es decir, el grupo de investigación. De acuerdo a su criterio, las experiencias previas “aportan a la experiencia en desarrollo insumos tanto teóricos

como procedimentales y técnicos que pudiesen ser de importancia para el caso en estudio”. De igual forma, “suministran el relato de la experiencia vivida, los cambios alcanzados y las reflexiones finales” (*Ibidem*). A continuación, haremos referencia de experiencias previas sobre vivencias investigativas relacionadas con el caso de estudio.

Hernández (2017), en su trabajo titulado “Pertinencia social en la formación profesional del Médico. Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) ‘Dr. Egor Nucete’ San Carlos, estado Cojedes”, presentado ante la coordinación de postgrado de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, se propuso como objetivo general: “Analizar la pertinencia social en la formación profesional del médico en el Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) “Dr. Egor Nucete” de San Carlos, estado Cojedes” (p. 8).

La investigadora se apoyó en el enfoque cualitativo, adoptando una matriz epistémica fenomenológica que integró el método etnográfico y el hermenéutico. El método de Spiegelberg fue el escogido para el análisis e interpretación de los datos. Tuvo como informantes a tres docentes. Utilizó la entrevista semiestructurada para recoger los datos. Las categorías que emergieron fueron la “formación profesional del médico con pertinencia social”. Como hallazgos evidenció que se sigue privilegiando el modelo biomédico individualizado y la falta coherencia con planes de estudio y el perfil del egresado.

Lara (2017), en su trabajo titulado “Transformación del modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ San Carlos”, presentado ante la coordinación de postgrado de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, se estableció como principal intencionalidad, la siguiente: “Transformar el modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ” (p. 14).

El estudio estuvo soportado en la teoría crítica, teoría fundamentada en la comunicación. El diseño corresponde a una Investigación Acción Participativa enmarcada en el paradigma socio-crítico. La recolección de información se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada. Como resultados significativos se menciona la producción colectiva del conocimiento, rompiendo el monopolio del saber y la información, permitiendo así la evolución en la postura investigativa, lo que indujo a los actores sociales que se mostraran motivados e interesados.

López (2017), en su trabajo titulado “Transformación de la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI”, presentado ante la coordinación de postgrado de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria, se propuso como objetivo general: “Transformar la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI” (p. 7).

Esta autora se afianzó en el enfoque cualitativo, apoyada en el paradigma socio-crítico, mediante la aplicación de la metódica Investigación Acción Participativa (IAP). Asumió un diseño de teoría fundamentada y de tipo sistemático. Conformó un grupo de investigación integrado por nueve actores sociales. Como técnica para la recolección de información, empleó la observación participativa y la entrevista semiestructurada; mientras que el diario de campo fue su instrumento empleado. Como hallazgos constató que el accionar del plan de estrategias propuesto, se convirtió en una espiral de reflexiones y cambios constantes, orientados al logro de los propósitos planteados y, en consecuencia, a la transformación de la realidad de estudio.

Martino (2016), en su trabajo titulado “Modelo gerencial para integrar la Red de Servicios de Salud Pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes”, presentado ante la coordinación de postgrado de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora”, UNELLEZ (Cojedes, Venezuela), para optar por el título de *Magister Scientiarum* en Gerencia Pública, se propuso como objetivo general: “Diseñar un modelo gerencial que integre la red de

servicios de salud pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes” (p. 20).

Esta investigación se enfocó en el paradigma cuantitativo, enmarcada en un estudio de campo, con diseño no experimental a nivel explicativo. La población estuvo constituida por 69 Coordinadores(as) y Directores(as) de establecimientos que componen la red de servicios de salud pública del municipio antes mencionado, siendo la muestra el total de la población. Se estableció como técnica de recolección de datos la encuesta, y el cuestionario como instrumento, validándose a través del juicio de tres expertos, midiendo la confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach.

El investigador concluyó que el modelo aplicado se hace indispensable para perfeccionar los procesos administrativos y, por ende, elevar los niveles de eficiencia y eficacia en la gestión de la red estudiada. Entre las principales recomendaciones, expuso la necesidad de realizar periódicamente jornadas de actualización en materia gerencial a los directores y coordinadores de establecimientos de servicios de salud, dirigidos a optimar los procesos administrativos en conjunto con la formación, orientación y asesoría permanente en lo concerniente a lo científico-técnico y salubrista.

Rojas (2015), en su trabajo de ascenso titulado: “La tridimensionalidad en la formación del médico: Visión recursiva del holograma social emergencista”, tuvo como propósitos “caracterizar desde el contexto universitario cómo ocurre el proceso formativo del médico venezolano”, “interpretar desde la perspectiva comunitaria las creencias, actitudes y opiniones con relación al profesional médico”, “conocer la apreciación que las instituciones de salud del país tienen en relación al desempeño del profesional médico” y “generar una aproximación teórica sobre la formación del médico venezolano bajo una perspectiva emergente”.

Se adoptó una matriz epistémica compleja. La selección de los participantes inició escogiendo intencionalmente informantes clave, usando la técnica de grupos focales por escenario. Para categorizar la información de los entrevistados, se tomó en cuenta la pertinencia y relevancia del discurso, seguida del proceso de triangulación y

reflexión epistemológica. Usando los hallazgos, se procedió a realizar la teorización, considerando que la realidad emergente presenta obstáculos epistemológicos para el avance o progreso de la educación médica. Como aporte se elaboró un conjunto de preceptos teóricos a ser considerados para iniciar el debate y la transformación de la misma en Venezuela.

### **Teorías Sustantivas**

Las teorías sustantivas guardan relación directa tanto con el problema de estudio como con los datos compilados durante el proceso investigativo. Elliott citado por Molina (ob. cit.), refiere que “una teoría sustantiva explica los tipos de acción naturales según son especificados por los conceptos de curso de acción de sentido común” (p.102). Entonces, la teoría sustantiva “centra su interés en la explicación del concepto sensibilizador [...]” (*Ibidem*). A continuación, procederemos a exponer una serie de teorías, a fin de comprender la definición de «Praxis Médico-Legal» surgida en la construcción colaborativa de dicho concepto sensibilizador.

### **Atención Primaria de Salud**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), señala que la Atención Primaria de Salud (APS) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación (p. 3).

Empero, a pesar de que el planeta incuestionablemente ha cambiado en estos casi cuarenta años desde que ese expuso tal definición, persisten las grandes inequidades, debilidades e inconsistencias en algunos de los enfoques de la atención primaria de salud. Franco (2011) precisa que la APS es analizada como la alternativa “que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo xx, colaborando con otros sectores en implementar las acciones de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y la equidad” (p. 83).

De acuerdo con estos postulados –continúa señalando este autor–, la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias. La APS resurge, así como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo xx. “El rol (...) de manera preferencial es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad” [...]. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final siglo xx para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud” (Pp. 84-85).

### **Red de Servicios de Salud**

La introducción del concepto de redes de servicios de salud fue en principio utilizado por Gillies (1993), comentado por Morales (2011) al definir las como un conjunto de “organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada” (p. 6). Es decir, la red entendida como una organización cuyo accionar apunta hacia la provisión de servicios de salud que de manera ordenada y coordinada asume las responsabilidades fiscales y asistenciales propias de la atención de sus usuarios en pro de su bienestar. Según lo establecido por la OPS (2009), se concibe la red de servicios de salud de la siguiente manera:

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (p. 11).

Dentro de la jurisdicción del municipio autónomo Ezequiel Zamora, esta red de servicios de salud se encuentra conformada por todos los establecimientos que prestan servicios de salud públicos, en este caso, por Consultorios Populares, Ambulatorios y el Hospital General “Dr. Egor Nucete”.

### **Deontología Médica**

Martínez (2015), precisa que “la deontología suele identificarse muchas veces con la ética profesional y específicamente con la de carácter especializado, lo que constituye un reduccionismo de esta última” (p. 4). Sin embargo, a juicio del citado autor, “no cabe duda que la deontología forma parte de la Ética general y en particular de la Ética profesional dentro de la cual adquiere su sentido” (Ibídem).

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (2011), la Deontología Médica “es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico” (p. 9). Por su parte, la Federación Médica Venezolana (2003), dentro de la declaración de principios del Código de Deontología Médica, señala que “la ética de los médicos se fundamenta en un código de comportamiento aceptado por los miembros de nuestra profesión y de obligatorio cumplimiento” (p. 1), para todos sus agremiados.

### **Bioética**

Reich (1978), comentado por Viesca (2007), señala que la Bioética constituye un “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud, analizadas a la luz de los valores y los principios morales” (Pp. 7-8). En esa definición Reich destaca cuatro rasgos principales que encarna la Bioética. En primer lugar, “todo lo relativo a las cuestiones de valor que se plantean a los profesionales de la salud”; “la investigación biomédica y a la del comportamiento, independientemente de que tenga o no implicaciones terapéuticas”; “se ocupa de numerosas cuestiones sociales relacionadas con la salud pública, que van de la salud en el mundo al control de los nacimientos”, y finalmente “desborda el campo de la vida humana para extenderse a la de animales y plantas” (p. 8).

### **Derecho Médico**

De Freitas (2010) precisa que “la historia del derecho médico moderno empieza con la institucionalización de la profesión médica y de la disciplina en las universidades, en el periodo del medioevo europeo”. A su juicio, “fue durante los siglos XVIII y XIX que el poder médico pasó a hacer parte del doble juego político de control social”. De un lado la medicina representaba el interés del estado en la

salud pública y de otro estaba el movimiento social por los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, a consecuencia de la revolución francesa (p. 1).

Modernamente, Aguiar (2008), señala que el Derecho Médico “es el conjunto de normas jurídicas y preceptos ético-morales, de carácter Público y Privado, que regulan la actividad del médico con motivo del ejercicio de su profesión, la regulación jurídica médico-paciente y las consecuencias derivadas de la misma”, estableciendo así “los principios generales de la responsabilidad legal médica” (p. 75).

### **Responsabilidad Médica**

Una deficiente formación médico-legal, conlleva a una eventual “Responsabilidad Profesional Médica”, derivada del incumplimiento de la Ley. Ésta es definida por Mariñelarena (2011), como “la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión” (p. 160). En este sentido, el autor refiere que “el médico tiene una responsabilidad, primero ante su propia conciencia, esto es, su responsabilidad ética” (*Ibidem*).

Así, pues, el médico –según el autor *in comento*– sabe cuándo ha obrado conforme a la norma o cuándo ha hecho algo incorrecto. El médico también cuenta con una responsabilidad social, es decir, “está obligado a responder ante los demás, en virtud de que su actuación u omisión necesariamente tiene determinadas implicaciones en su entorno, en las demás personas con las que se relaciona” (*Ibidem*).

Para Rodríguez (2001), se entiende por responsabilidad médica, a “un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar o no justificados” (p. 18). Sin pretender otorgarle un carácter taxativo, continúa señalando el citado autor, “no hay duda de que relación médico-paciente, *lex artis*, la historia clínica y el consentimiento médico son aspectos críticos de la mayor importancia práctica” (*Ibidem*).

### **Culpa Médica**

Aguiar (ob. cit.) precisa que la culpa “es la forma leve de la culpabilidad penal siendo la intencionalidad o dolo la más grave de sus formas” (p. 281). Se caracteriza entonces por “la causación de un resultado típico sin la intención de producirlo, pero donde pudo haber habido o no la representación final del resultado antijurídico” (Ibídem). La culpa médica se fundamenta en la impericia, imprudencia, negligencia o en la inobservancia de una ley o un reglamento por parte del profesional de la medicina, en el entendido que la conducta esperada del médico en relación a su praxis, “lo obliga a mantenerse al día con los conocimientos científicos prevalecientes, a los fines de poder cumplir fielmente con su obligación” (p. 286).

### **Teoría Generales**

El paradigma socio-crítico, de acuerdo a lo escrito por Arnal (1992), adopta la idea de que la teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa. Sus contribuciones se originan, pues “de los estudios comunitarios y de la investigación participante” (p. 98). Tiene como propósito, propiciar las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades, pero con la participación de sus integrantes.

Entre los caracteres más resaltantes del paradigma socio-crítico, aplicado al ámbito de la educación, se encuentran la adopción de una visión global y dialéctica de la realidad educativa; la aceptación compartida de una visión democrática del conocimiento, así como de los procesos implicados en su elaboración; y la asunción de una visión particular de la teoría del conocimiento y de sus relaciones con la realidad y con la práctica. Toda comunidad se puede considerar como escenario importante para el trabajo social asumiendo que es en ella donde se dinamizan los procesos de participación. A juicio de Lara (ob. cit.), se puede asegurar que:

La respuesta más concreta a la búsqueda de soluciones está en establecer acciones a nivel de la comunidad con una incidencia plurifactorial y multidisciplinaria, es decir, de todas las organizaciones políticas y de masas, además de todos los representantes de las instituciones de cada esfera del conocimiento, no sólo para resolver problemas, sino para

construir la visión de futuro que contribuirá a elevar la calidad de vida de esas personas o la calidad del desempeño de ellas en el ámbito de su acción particular ya sea el educativo, el político, social, el general u otro (p. 23).

Según Creswell (2012), la investigación acción participativa “implica una inclusión completa y abierta de los participantes en el estudio, como colaboradores en la toma de decisiones, comprometiéndose como iguales para asegurar su propio bienestar” (p. 583). Esta es la principal particularidad de esta vertiente metodológica, es el único indicado cuando el investigador no sólo quiere conocer una determinada realidad o un problema específico de un grupo, sino que desea también resolverlo. En este caso, los sujetos investigados participan como co-investigadores en todas las fases del proceso, entiéndase el planteamiento del problema, recolección de la información, interpretación de la misma, planeación y ejecución de la acción concreta para la solución del problema, evaluación posterior sobre lo realizado y reflexiones finales.

Martínez (1999), nos dice que el objetivo primordial de estas investigaciones no es algo exógeno a las mismas, sino que está orientado hacia la concientización, desarrollo y emancipación de los grupos estudiados y hacia la solución de sus problemas (p. 56). La investigación acción participativa se caracteriza por un conjunto de principios, normas y procedimientos metodológicos que permite obtener conocimientos colectivos sobre una determinada realidad social, uno de sus objetivos principales es producir conocimiento llegando a la unión de teoría y práctica y potenciar el carácter educativo de la investigación desde una perspectiva comunitaria. De acuerdo a López *et al* (1997), los caracteres de la investigación acción participativa son:

Interviene sobre situaciones reales, no de laboratorio. Una realidad integrada por personas pertenecientes a una comunidad real, con sus vivencias, su proceso histórico y sus representaciones sociales. Parte desde, y está orientada hacia, la realidad social más próxima a los ciudadanos. No sólo se parte de hechos y datos, sino también de la percepción subjetiva que la población tiene de su realidad. Se pone en marcha en contextos de escala humana, actuando en pequeña escala y

facilitando una implicación mayor y más rápida de los actores sociales. Es un proceso dialéctico de conocer y actuar (p. 11).

En este marco teórico debemos tomar en cuenta el pensamiento de Pablo Freire (1974) –citado por Ocampo (2008)–, cuando señala que la liberación para los oprimidos tendrá un parto muy doloroso. “Cuando el oprimido alcance su liberación, será un «Hombre nuevo», y lo deseable es que alcance a una sociedad de armonía en la justicia social, y en donde el bienestar de las gentes no esté basado en la dominación y explotación que hacen unos hombres sobre otros” (p. 63).

Ocampo (ob. cit.), escribe que en su obra «Pedagogía del oprimido», el educador Freire dice que “las masas oprimidas deben tener conciencia de su realidad y deben comprometerse, en la praxis, para su transformación. En ello tiene gran solución la educación, pues la pedagogía del oprimido busca crear conciencia en las masas oprimidas para su liberación”. La alfabetización del oprimido debe servir para enseñarle, no solamente las letras, las palabras y las frases, sino lo más importante, «la transmisión de su realidad y la creación de una conciencia de liberación para su transformación en un hombre nuevo». (p. 64).

Freire, ahora desde la perspectiva de Becerra (2015), nos dice que “Nadie se libera solo”, puesto que el acto de liberación o emancipación, no viene de fuera ni es individual. Se trata de acción y reflexión en común, un compromiso de todos en la transformación de la realidad, las cuales no se hacen en solitario. “Nadie educa a nadie”, sino que nos educamos entre todos mediados por el mundo. Y, finalmente, afirma que “somos seres inconclusos”. El autor pone en el centro a hombres y mujeres que, como seres históricos, incompletos, inacabados, se hacen y rehacen socialmente. Así la transformación es permanente (Pp. 152-513).

### **Marco legal aplicable**

El marco legal aplicable está constituido por el conjunto de documentos de naturaleza normativa que sirven de testimonio referencial, brindando soporte o asidero jurídico a la investigación realizada. Este marco regulatorio suele presentarse siguiendo el orden piramidal propuesto por Hans Kelsen en su obra Teoría Pura del Derecho (1934). En este sentido, Muñoz (s/f) señala que “el vértice del ordenamiento

jurídico lo constituye la norma fundamental” (p. 181), entiéndase la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (CNRBV) y “después de ésta se encuentra la norma secundaria” (p. 184), entiéndase por tal a la ley –bien sea orgánica, ordinaria y/p decreto-ley–, seguida de los reglamentos; por último, se hallan las normas jurídicas individualizadas –sentencias y resoluciones–.

A continuación, se presentan las bases legales de este estudio respetando el orden *supra* señalado. Iniciamos con la CNRBV, ley de leyes, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.860 del 30 de diciembre de 1999, constituye la norma suprema que encabeza y determina todo el ordenamiento jurídico venezolano. Dentro del Título III denominado “De los Derechos Humanos y Garantías, y de los Deberes”, se encuentra el Capítulo V referido a los “Derechos Sociales y de las Familias”. El artículo 83 es enfático al estatuir que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”. Asimismo, preceptúa que “todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa”. Por su parte el artículo 102 precisa lo siguiente:

La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria. El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad. La educación es un servicio público y está fundamentada en el respeto a todas las corrientes del pensamiento, con la finalidad de desarrollar el potencial creativo de cada ser humano y el pleno ejercicio de su personalidad [...].

Estos artículos guardan relación con nuestro estudio, al referir el respeto a la diversidad de corrientes del pensamiento, el desarrollo del potencial creativo de cada persona y la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social. La Ley Orgánica de Salud (LOS), un instrumento normativo anterior a la CNRBV, promulgada por el extinto Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998, en cuyo primer artículo consagra que ésta “regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de

la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud”.

En su artículo 2 precisa que “se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”, siendo un concepto totalmente desfasado conforme a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el artículo 3 señala que “los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país” y funcionarán de conformidad con los principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad. Con relación a los artículos contenidos en leyes orgánicas, citamos el artículo 4 de la Ley Orgánica de Educación (2009), el cual expresa lo siguiente:

La educación como derecho humano y deber social fundamental orientada al desarrollo del potencial creativo de cada ser humano en condiciones históricamente determinadas, constituye el eje central en la creación, transmisión y reproducción de las diversas manifestaciones y valores culturales, invenciones, expresiones, representaciones y características propias para apreciar, asumir y transformar la realidad.

Por su parte, el artículo 5 *ejusdem* precisa que “el estado docente es la expresión rectora del estado en educación, en cumplimiento de su función indeclinable y de máximo interés como derecho humano universal y deber social fundamental”. Estas normas guardan relación con nuestra investigación, al señalar que la educación se orienta al desarrollo del potencial creativo y constituye el eje central de diversas manifestaciones y valores para apreciar, asumir y transformar la realidad.

Finalmente, la Ley de Ejercicio de la Medicina, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 39.823, de fecha 19 de diciembre de 2011, en su artículo 107 prevé: “Las sanciones disciplinarias y las administrativas se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar, como consecuencia de la acción, omisión, impericia, imprudencia o negligencia en el ejercicio profesional”. Asimismo, el artículo 4 *ejusdem* establece que “sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal, las sanciones establecidas en la presente Ley son

de tres tipos: 1. De carácter disciplinario. 2. De carácter administrativo. 3. De carácter penal”.

## **FASE III**

### **METÓDICA**

“Se dice que el grado de desconocimiento jurídico de los médicos solo es comparable a la ignorancia del jurista sobre medicina”  
(Dr. José Antonio García Blázquez).

Arias (2006) señala que el marco metodológico constituye el “conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas” (p.16). En otras palabras, en este capítulo del informe final presentamos la postura del investigador con respecto al paradigma, diseño, tipo y los instrumentos utilizados, lo cual constituye una serie de técnicas y procedimientos para procesar y sistematizar la información.

#### **Adscripción Paradigmática**

En primer lugar, resulta impostergable acotar que la naturaleza del presente estudio estuvo enmarcada desde lo cualitativo. En atención a ello, Martínez (2015), escribió:

La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone de ninguna forma a lo cuantitativo (que es solamente un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante (p. 66).

Los supuestos que orientaron nuestra investigación, se apoyaron en el paradigma socio-crítico, el cual es empleado cuando se quiere transformar y dar respuesta a problemas específicos en las comunidades, siendo necesario para ello, la acción y la reflexión de cada uno de sus miembros. En este sentido, Alvarado *et al* (2008), precisan lo siguiente:

El paradigma socio-crítico se fundamenta en la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social. Utiliza la auto reflexión y el conocimiento interno y personalizado para que cada quien tome conciencia del rol que le corresponde dentro del grupo; para ello se propone la crítica ideológica y la aplicación de procedimientos del psicoanálisis que posibilitan la comprensión de la situación de cada individuo, descubriendo sus intereses a través de la crítica (p. 190).

Sobre la base de este argumento, asumimos la adscripción al paradigma socio-crítico, para transformar tanto la realidad que se investiga, como la realidad de los actores sociales, mediante la aplicación de la metódica Investigación Acción Participativa (IAP).

### **Tipo de Investigación**

El método de Investigación Acción Participativa (IAP), para Rojas (2010) “desarrolla un proceso dialéctico en el cual la acción genera conocimiento y la investigación conduce a la transformación” (p. 51). El autor señala que este proceso de investigación se da a través de cuatro momentos: Reflexión inicial sobre la preocupación temática; planificación en conjunto para mejorar la situación; ejecución del plan y observación del proceso; reflexión en torno al proceso y los resultados (*ejusdem*).

Martínez (ob. cit.), escribe que la IAP “representa un proceso por medio del cual los sujetos investigados son auténticos co-investigadores, participando muy activamente en el planteamiento del problema que va a ser investigado (que será algo que les afecta e interesa profundamente)”, suministrando “la información que debe obtenerse al respecto (que determina todo el curso de la investigación)”, siendo determinantes “en los métodos y técnicas que van a ser utilizados, en el análisis y en la interpretación de los datos y en la decisión de qué hacer con los resultados y qué acciones se programarán para su futuro” (p. 240).

Balcázar (2003), citando a Selener (1997), señala que la IAP ha sido conceptualizada como “un proceso por el cual miembros de un grupo o una

comunidad oprimida, coleccionan y analizan información, y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones políticas y sociales” (p. 60).

Kemmis *et al* (1992), mencionan algunas de las características de la IAP. En primer lugar, constituye un proceso social que estudia la relación entre la esfera individual y la sociedad. Es participativa, pues promueve que las personas examinen su conocimiento y la forma en la que se interpretan a ellas mismas y su acción en el contexto social y material. Es práctica y colaborativa; emancipadora en cuanto contribuye a que las personas se recuperen y/o liberen de la constricción que suponen e imponen las estructuras sociales y que limitan su autodesarrollo y autodeterminación (p. 568).

Es una metódica crítica, puesto que contribuye a que las personas se recuperen y/o liberen de las constricciones que generan los medios sociales, a través de los cuales interactúan. Es un proceso de reflexión continuo, porque pretende investigar la realidad para cambiarla y cambiar la realidad para investigarla. Articula y desarrolla teoría y práctica mediante un razonamiento crítico sobre ellas y sus consecuencias (*Ibidem*).

### **Diseño de la Investigación**

Según, Hernández, Fernández y Baptista (2010), el diseño en el marco de una investigación cualitativa se refiere al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación, es más flexible y abierto. Sustentado en estos autores, el diseño de esta investigación es complementario integrando a la modalidad sistémica o emergente con investigación acción modalidad participativa (p. 510).

Se asumió, entonces, un diseño de Investigación Acción Participativa (IAP) puesto que se acciona, reflexiona y desarrolla una actitud de crítica y transformación de la realidad con la participación de los actores sociales. La Investigación Acción Participativa, según Balcázar (ob. cit.) “considera a los participantes como actores sociales, con voz propia, habilidad para decidir, reflexionar y capacidad para participar activamente en el proceso de investigación y cambio [...] para que

desarrollen una conciencia crítica de la realidad y realicen su potencial transformador” (p. 67).

Dada la naturaleza que presenta la investigación, se asumió también un diseño de teoría fundamentada y tipo sistemático. El primero, de acuerdo a Strauss *et al* citados en esta oportunidad por Giraldo (2011), “utiliza el método comparativo constante: el cual consiste en codificar y analizar datos en forma simultánea para desarrollar conceptos” (p. 80). El segundo, conforme explican Hernández, Fernández y Baptista (2010), apropia un proceso no lineal para la recopilación y análisis de los datos siguiendo el procedimiento de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva sobre la base de los datos compilados de manera sistemática e interpretados por el investigador en el proceso investigativo (p. 510).

El diseño de la investigación adopta el método inductivo porque sigue el orden micro, mezo y macro. Asume el estudio de casos puesto que se estudian casos concretos. Es dialéctico porque saca a la luz las contradicciones de los actores sociales para derivar síntesis. Se fundamenta en la mayéutica porque la información se obtiene en conversatorios mediante preguntas. Es hermenéutico puesto que el proceso culmina con la interpretación de los datos y la correspondiente generación de la teoría sustantiva.

### **Actores Sociales**

Pérez (1998), define a los actores sociales como “unidades reales de acción en la sociedad: tomadores y ejecutores de decisiones que inciden en la realidad local. Son parte de la base social, son definidos por ella, pero actúan como individuos o colectivos que, además, están sometidos a otras condiciones (p. 3). Tal y como refiere Lara (ob. cit.), lo que quiere decir este autor, es que “el soporte de los hechos es la democracia participativa para que la gestión de los mismos actores sociales defienda sus intereses, transformen su situación y den respuestas a sus necesidades” (p. 40).

Nos apoyamos en las orientaciones expuestas por Molina (ob. cit.), para desarrollar el procedimiento realizado y visualizar el procedimiento a seguir en las sucesivas fases (que él llama holones) de la dinámica espiral de la IAP. Antes de iniciar el recorrido por esta dinámica espiral, nos informamos y formamos en IAP a

fin de conocer y fortalecer los conocimientos, técnicas y procedimientos de la metódica. Luego, nos organizamos como Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP), para planificar y protagonizar tanto el momento de problematización como los subsecuentes momentos del ciclo IAP.

Desde esta perspectiva, el GIAP lo conformaron cuatro (4) Médicos de Atención Primaria de Salud (APS), graduados como Médicos Integrales Comunitarios, dos de ellos de sexo femenino y dos de sexo masculino. Dos de los actores sociales *in comento*, un médico y una médica, son postgraduados como especialistas en Medicina General Integral (MGI). Todos pertenecen a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes. El quinto actor social lo conformó un estudiante de medicina (tradicional) de la Universidad Nacional Experimental “Rómulo Gallegos” (UNERG), y al momento de integrar el GIAP, comenzaría a cursar su cuarto año de la carrera en el Centro de Rotación Hospitalaria (CRH), del hospital general “Egor Nucete” de la ciudad capital.

Esta selección me permitió clasificar a los actores sociales, siguiendo el siguiente criterio: 1. Los que poseían conocimiento y experiencia práctica en materia médico-legal; 2. Los que tenían poco conocimiento y ninguna experiencia en materia médico-legal; 3. Los que no tenían conocimiento ni experiencia en asuntos médico-legales. A fin de resguardar la identidad y mantener la confidencialidad de nuestros actores sociales, nos referiremos a ellos, con la nomenclatura MÉDICO-1, MÉDICO-2, MÉDICO-3, MÉDICO-4 y MÉDICO-5.

A este GIAP conformado por cinco (5) actores sociales, lo completaron tres médicos que fungieron como Informantes Claves (IC), dos de sexo masculino y una de sexo femenino. El primero de los informantes claves (IC-1) es Médico Cirujano, postgraduado como especialista en Medicina General Integral (MGI) y Especialista en Gestión de la Salud Pública, *Magister Scientiarum* en Gerencia Pública, profesor universitario de pre y postgrado, además de haber ocupado altos cargos gerenciales dentro de la Dirección Estatal de Salud (DES).

Nuestro segundo informante clave (IC-2) es Médico Cirujano, especialista en Pediatría y Puericultura, especialista en Gestión de la Salud Pública, pero también es

Abogado de profesión, *Magister Scientiarum* en Atención Primaria de Salud. También se ha desempeñado como docente universitario de pre y postgrado y también ocupó altos cargos gerenciales dentro de la DES. Nuestra última informante clave (IC-3) es Médica Cirujano, especialista en Medicina General Integral (MGI) y Especialista en Gerencia Hospitalaria, *Magister Scientiarum* en Derecho Médico y Doctora en Derecho Médico, también con experiencia en altos cargos gerenciales dentro de la red de servicios de salud.

### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información**

Arias (ob. cit.), establece que “se entenderá por técnica, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67), definiendo al instrumento de recolección de datos como “cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p. 69). Martínez (ob. cit.), precisa que “los instrumentos, al igual que los procedimientos y estrategias que se van a utilizar, los dicta el método escogido”, empero, en investigación cualitativa “básicamente, se centran alrededor de la entrevista semiestructurada y la observación directa o participativa.” (p. 87).

El autor señala que, la metodología cualitativa, sin embargo, “entiende el método y todo el arsenal de medios instrumentales como algo flexible, que se utiliza mientras resulta efectivo, pero que se cambia de acuerdo con el dictamen, imprevisto, de la marcha de la investigación y de las circunstancias” (p. 88). En efecto, para el desarrollo de la presente investigación se empleó el uso de la observación participativa y de la entrevista semiestructurada, como técnicas para la recolección de la información.

En lo que respecta a la observación participativa, Martínez (ob. cit.), expresa que “ésta es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida” (p. 89). Podría sintetizarse su actividad –precisa el citado autor– con el siguiente esquema: “El investigador cualitativo debe tratar de responder a las preguntas de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué alguien hizo algo; es

decir, se consideran importantes los detalles” (*Ibidem*). Ahora bien, el instrumento de la observación participativa es la nota o el diario de campo. Al respecto Martínez (ob. cit.), escribe lo siguiente:

Al participar en sus actividades corrientes y cotidianas, [el investigador] va tomando notas de campo pormenorizadas en el lugar de los hechos o tan pronto como le sea posible. Estas notas son, después, revisadas periódicamente con el fin de completarlas (en caso de que no lo estén) y, también, para reorientar la observación y la investigación (p. 89).

La entrevista en la investigación cualitativa, aduce Martínez (ob. cit.), “es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica” (p. 93). El citado autor precisa que “esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada, complementada, posiblemente, con algunas otras técnicas escogidas entre las señaladas y de acuerdo con la naturaleza específica y peculiar de la investigación que se va a realizar” (*Ibidem*). Con respecto a los instrumentos de la entrevista, se tienen a “las grabaciones de audio y de video, que le permitirán –al investigador– observar y analizar los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores” (p. 88).

### **Técnica de Interpretación y Análisis de la Información**

Para interpretar la información recabada durante el desarrollo de nuestro estudio, seguimos el modelo hermenéutico de Gadamer y el modelo dialéctico de Habermas, integrados ambos, como un modelo hermenéutico-dialéctico, bajo las orientaciones de Molina (ob. cit.), cuando expresa que “ambos modelos hermenéuticos se pueden complementar porque podemos organizar los registros de información por similitud agrupando por semejanzas y por diferencias para posteriormente contrastar y abstraer una síntesis dialéctica como interpretación. Acá estamos frente a una hermenéutica dialéctica” (p. 137).

Asimismo, empleamos la interpretación por teoría fundamentada, sobre la narratividad de los actores sociales e informantes claves, registradas y sistematizadas en la guía de entrevistas y observación participativa, realizando y desarrollando la acción

de interpretación de los datos y generando las teorías sustantivas de manera sistemática, es decir, bajo el procedimiento de codificación abierta, axial y selectiva, propuesto por Strauss *et al*, ya citados.

De acuerdo a estos autores, la codificación abierta es “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (p. 110). La codificación axial corresponde al “proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones” (p.149). Finalmente, la codificación selectiva es el “proceso de integrar y refinar la teoría” (p. 172).

Molina (ob. cit.), detalla respecto al procedimiento propuesto por Strauss *et al*, que el propósito de la codificación abierta es conceptualizar asignando una categoría y subcategorías a un conjunto de datos agrupados por similitud y que es abierta porque permite la libre expresión de los actores sociales sobre sus pensamientos, ideas y significados en torno al sentido de la interrogante en discusión. La codificación axial conlleva al agrupamiento de las categorías identificadas en la codificación abierta en torno a una categoría eje que se relaciona con las demás, respecto a propiedades y dimensiones.

La codificación selectiva, como proceso que integra y refina la teoría, acepta la integración entre las categorías y los datos, entre las categorías y entre las oraciones que expresen relaciones, a fin de descubrir la categoría central relacionada con el tema principal de la investigación. En nuestro caso de estudio, la integración de la teoría sustantiva, la realizaremos integrando las categorías.

Referente a la refinación de la teoría, está se da, esbozando esquemas teóricos, recortando las categorías excedentes y completando las categorías poco desarrolladas. El arsenal de técnicas, descritas anteriormente, se convertirá en fundamento y guía, del proceso interpretativo de la información recabada en nuestro estudio.

### **Validez y Fiabilidad de la Investigación**

A criterio de Martínez (ob. cit.), “una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, mide o aprecia esa realidad y

no otra” (p. 254), entonces, “la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada” (*Ibidem*). En las investigaciones cualitativas, la validez viene dada por “el modo de recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla inmersos en su propia dinámica” (p. 255), lo cual –a juicio del autor citado– “ayuda a superar la subjetividad y da a estas investigaciones un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer” (*Ibidem*).

Una vez interpretada la información y emergida la teoría sustantiva, se procederá a su validación empleando las técnicas de contrastación y triangulación. En cuanto a la contrastación, Martínez (ob. cit.), refiere:

Esta etapa de la investigación consistirá en relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial, para ver cómo aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa (p.103).

En este sentido, realizaremos comparaciones de la teoría sustantiva emergente con las teorías generales del marco teórico referencial, para explicar y verificar mediante el criterio de congruencia la verosimilitud existente entre ellas, generando un conocimiento transformador con relación a nuestro caso de estudio. El mismo autor, hace referencia de la triangulación como herramienta heurística de gran eficacia que “consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno” (p. 122) y señala diferentes tipos de triangulación, que pueden emplearse para mejorar notablemente los resultados de la investigación.

El autor distingue, como tipos básicos de triangulación, los siguientes: triangulación de métodos y técnicas, triangulación de datos, triangulación de investigadores, triangulación de teorías y triangulación interdisciplinaria. En nuestro caso de estudio, emplearemos la triangulación de datos, que “utiliza una variedad de datos, provenientes de diferentes fuentes de información, para realizar el estudio” (p.

123) y la triangulación de teorías que “consiste en emplear varias perspectivas para interpretar y darle estructura a un mismo conjunto de datos” (*Ibidem*).

## FASE IV

### DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

“Apolo, el dios de la medicina, solía enviar las enfermedades. En el principio, los dos oficios eran uno solo, y sigue siendo así” (Jonathan Swift, 1667-1745).

En esta fase u holón, presentaremos la sistematización y categorización de las entrevistas semi-estructuradas, realizadas a los actores sociales y a los informantes claves. El diagnóstico participativo consistió en registrar la manifestación de todos los problemas médico-legales recopilados con la participación de los médicos de atención primaria que conformaron el grupo de investigación. El primer acercamiento con los actores sociales, se efectuó en fecha jueves dieciocho de mayo de dos mil diecisiete, en horas de la tarde, en el Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI.

Murcia (1992), nos dice que “es la comunidad la que decide cuáles son los problemas relevantes y cómo se van a formular, la nueva concepción y visión del docente como rector de la educación” (p. 12), donde la integración fue relevante para la materialización de los propósitos de nuestro estudio. El diagnóstico participativo, de acuerdo a lo escrito por López *et al* (ob. cit.), constituye el “análisis y valoración de los datos, que interpreta la realidad para un momento y espacio determinado” (p. 31), por tanto, se caracteriza por ser dinámico y cambiante. En esta fase detallamos las inestimables y profusas discursivas de los actores sociales.

Posteriormente, utilizamos la codificación abierta, axial y selectiva, la cual es conceptualizada por Guba *et al* (2000), como “el proceso mediante el cual se identifican conceptos y se descubren los datos, sus propiedades y dimensiones [...] el proceso de vinculación entre las categorías y sus subcategorías”, mientras que la codificación selectiva sería “integrar a una sola categoría” (p. 110). El propósito de la codificación abierta es conceptualizar asignando una categoría y subcategorías a un conjunto de datos agrupados por similitud. La codificación axial consiste en el procedimiento de agrupar las categorías identificadas en la codificación abierta en torno a una

categoría, relacionándola con sus subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas enlazando las categorías y subcategorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. Las tablas siguientes, desde tabla 2 hasta tabla 6, detallan la categorización abierta de los actores sociales, donde la sistematización de cada tabla, corresponde a la narratividad de un actor social.

**Tabla 2**

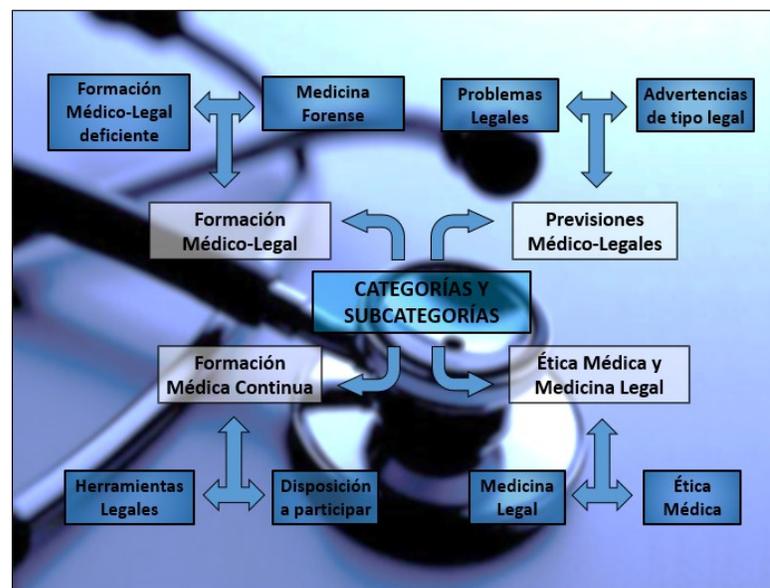
**Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-1 realizada en fecha jueves 18 de mayo de 2017, a las 4:00 horas de la tarde**

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías	
1	<b>1. ¿Qué nos puede decir usted de su</b>			
2	<b>formación legal durante el pregrado en</b>			
3	<b>medicina?</b>			
4	<u>Mi formación legal tuvo algunas</u>	Formación	Formación	
5	<u>deficiencias, fue algo pobre,</u> prácticamente	médico-legal		
6	no recibimos ningún tipo de formación legal	deficiente.		
7	durante nuestros estudios de medicina. Lo			
8	único que vimos fue <u>medicina forense</u> . Y allí	Medicina		
9	hablamos algunas cosas muy por encima de	Forense.		
10	cómo llenar los certificados médicos de			
11	defunción, reposos médicos y lo de las otras			
12	cosas de papelería.			
13	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>			
14	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>			
15	<b>profesión médica?</b>			
16	<u>Bueno, yo hasta los momentos no he tenido</u>	Problemas	Previsiones	
17	<u>problemas legales</u> desde que me gradúe, una	legales.		
18	<u>vez sólo me comentaron que tuviera mucho</u>			
19	<u>cuidado con los reposos,</u> pues los pacientes	Advertencias		
20	se aprovechan para justificar otras cosas, por	de tipo legal.		
21	ejemplo, para faltar al trabajo.			
22	<b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué</b>			
23	<b>contenidos debería incluir un programa de</b>			
24	<b>ampliación de conocimientos en materia</b>			
25	<b>médico-legal?</b>			
26	Es interesante, fijese, sería bueno hablar allí	Ética Médica.		Ética Médica y Medicina Legal.
27	de la <u>ética</u> , pues cuando un médico se presta			
28	a llenar el reposo sin una verdadera causa,	Medicina		
29	entonces está faltando a la <u>ética del médico</u> .	Legal.		
30	Ah bueno, también sería bueno hablar de			
31	<u>medicina legal</u> , algo más profundo.			
32	<b>¿Considera usted que siendo formado en</b>			

33	<i>responsabilidad médico-legal sería una</i>		
34	<i>adecuada estrategia para transformar su</i>		
35	<i>praxis médica?</i>		
36	<i>Claro que sería adecuado, es que todo nos</i>	Disposición a	Formación Médica continua.
37	<i>puede suministrar muchas herramientas</i>	participar.	
38	<i>útiles para tratar mejor al paciente, para</i>	Herramientas	
39	<i>defendernos ante alguna culpa que nos</i>	legales.	
40	<i>quieran echar, incluso hasta del patrono nos</i>		
41	<i>cuidaríamos.</i>		

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El actor social MÉDICO-1 se mostró bastante nerviosa e inquieta al momento de rendir la entrevista semiestructurada por separado. Recién salíamos de un primer acercamiento grupal, hecho en el aula cinco del área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, donde explicamos los propósitos y el alcance de la investigación y todos estuvieron encantados. Compartimos galletas y jugo de naranja con el equipo que aceptó nuestra invitación, a fin de romper el hielo y crear empatía. Empero, ser entrevistada a solas, fue algo que le generó algo de ansiedad. Así nos lo hizo saber.



**Imagen 1.**  
**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-1.**

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

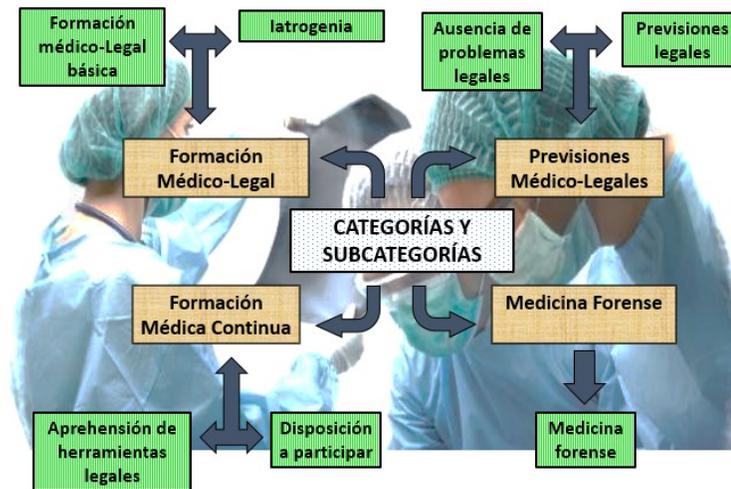
**Tabla 3**  
**Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-2 realizada en fecha jueves 18 de mayo de 2017, a las 4:20 horas de la tarde**

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
42	<b>1. ¿Qué nos puede decir usted de su</b>		
43	<b>formación legal durante el pregrado en</b>		
44	<b>medicina?</b>		
45	<u>Mi formación en esa área fue algo básica,</u>	Formación	Formación
46	pero creo que fue interesante e importante,	médico-legal	médico-
47	ya que nos dieron temas generales sobre	básica.	legal.
48	cómo atender bien al paciente dentro de la		
49	consulta, cuidarnos de hacer récipes y		
50	reposos falsos y evitar el <u>maltrato al</u>	Iatrogenia.	
51	<u>paciente para no incurrir en iatrogenia.</u>		
52	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
53	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
54	<b>profesión médica?</b>		
55	<u>Hasta los momentos y gracias a Dios yo no</u>		
56	<u>he tenido ningún tipo de problemas desde el</u>	Ausencia de	Previsiones
57	<u>punto de vista jurídico,</u> por el ejercicio de	problemas	médico-
58	mi profesión, pero eso sí, uno se cuida lo	legales.	legales.
59	básico, lo que la lógica le dice a uno. Por		
60	ejemplo, yo no <u>atiendo a una menor de edad</u>	Previsiones	
61	<u>con problemas ginecológicos, dolor de</u>	legales.	
62	<u>vientre, no les hago ningún tipo examen</u>		
63	<u>físico sino está su representante legal</u> ahí		
64	presente en la consulta. Es más, a mí me han		
65	llegado muchachitas pidiéndome pastillas		
66	anticonceptivas o que les haga un recípe y		
67	yo les digo que eso no se puede. Una vez,		
68	llegó un fiscal del Ministerio Público		
69	queriéndose llevar detenidos a los médicos		
70	sin un papel, estando en plena cirugía, todos		
71	allí operando y el fiscal se quería llevar a la		
72	gente detenida.		
73	<b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué</b>		
74	<b>contenidos debería incluir un programa de</b>		
75	<b>ampliación de conocimientos en materia</b>		
76	<b>médico-legal?</b>		
77	Mire, yo soy especialista en MGI y a mí me	Medicina	Medicina
78	gustaría que en este curso nos dieran	Forense.	Forense.
79	<u>medicina forense,</u> me da curiosidad el tema		
80	de las <u>autopsias legales,</u> saber cómo hace el		
81	forense para determinar la causa de la		

82	muerte, el tema de las heridas, cuando son		
83	con armas de fuego, o cuando se trata de un		
84	accidente de carro, saber eso del		
85	levantamiento del cadáver. Como también		
86	me gusta la especialidad de ginecología y		
87	obstetricia, quisiera saber cómo hacen los		
88	forenses para determinar cuándo un aborto a		
89	temprana gestación fue provocado.		
90	<b>4. ¿Considera usted que siendo formado en</b>		
91	<b>responsabilidad médico-legal sería una</b>		
92	<b>adecuada estrategia para transformar su</b>		
93	<b>praxis médica?</b>		
94	<u>Oye, sin duda que sí,</u> porque yo tengo poco	Disposición a	Formación
95	tiempo de graduada como médico, y	participar en la	
96	compartir con gente tan profesional como	formación	
97	usted o como el doctor miguel, siento que	legal.	
98	puedo <u>aprender muchas herramientas que</u>		
99	<u>me van a ayudar en la consulta,</u> o cuando	Aprehensión	
100	comience el postgrado clínico que quiero	de	
101	hacer aquí en el hospital de San Carlos. Eso	herramientas	
102	me ayudaría mucho, sobre todo en el tema	legales.	
103	de desenvolverme con otros médicos,		
104	porque a veces soy un poco tímida. Y sé que		
105	allí hay que preparar muchos seminarios.		
106	Entonces este curso me ayudaría a <u>aprender</u>		
107	<u>cosas legales,</u> para desenvolverme mejor en		
108	mi profesión y en el postgrado.		

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El actor social MÉDICO-2, otra dama, no mostró síntomas de nerviosismo al momento de rendir la entrevista semiestructurada por separado. Al contrario, parecía disfrutar saber que estaba siendo grabada en audio, mediante un dispositivo de telefonía móvil celular, impresionaba alegría y fue ella quien pidió tomarse una fotografía con quienes le entrevistábamos, no sin antes acomodarse un tanto su lacia cabellera, recogéndola mediante una cola de caballo. A continuación (**Imagen 2**) se presenta la codificación axial, con las categorías y subcategorías emergidas de su narratividad.



**Imagen 2.**

**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-2.**

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 4**

**Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-3 realizada en fecha jueves 18 de mayo de 2017, a las 4:40 horas de la tarde**

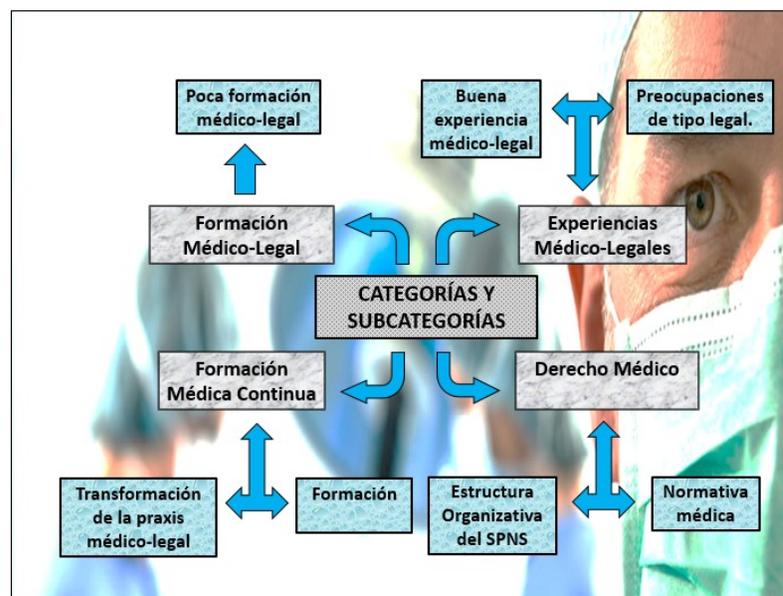
Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
109	<i>1. ¿Qué nos puede decir usted de su</i>		
110	<i>formación legal durante el pregrado en</i>		
111	<i>medicina?</i>		
112	<i><u>Nosotros durante nuestra formación,</u></i>		
113	<i><u>recibimos poquitas cosas de medicina</u></i>	Poca formación	Formación
114	<i><u>legal,</u> es más yo recuerdo que me lo dio un</i>	médico-legal.	médico-
115	<i>profesor que no era venezolano, por tanto,</i>		legal.
116	<i>no sabía mucho de las leyes de aquí. Una</i>		
117	<i>vez, recuerdo que estábamos hablando de</i>		
118	<i>cómo eran los procedimientos legales en la</i>		
119	<i>medicina, buscamos a un abogado papá de</i>		
120	<i>un compañero y nos explicó, pero estilo</i>		
121	<i>reunión. Realmente, esa reunión fue buena,</i>		
122	<i>lástima que fue una sola vez.</i>		
123	<i>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</i>		
124	<i>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</i>		
125	<i>profesión médica?</i>		
126	<i><u>Yo he tenido buena experiencia,</u> es más, yo</i>	Buena	
127	<i><u>creo que siempre me he cuidado de no dar</u></i>	experiencia	Experiencias

128	informes sin haber visto al paciente, incluso	médico-legal.	médico-
129	en algunas ocasiones <u>he visto con mucha</u>	Preocupaciones	legales.
130	<u>preocupación que otros compañeros firman</u>	de tipo legal.	
131	<u>reposos o récipes en blanco...</u> , eso es bien		
132	delicado. Cuando roté por cirugía, el		
133	traumatólogo se enfrentó a un caso donde el		
134	paciente era de la religión testigos de		
135	Jehová, no sabíamos qué hacer en plena		
136	cirugía, pues necesitaba transfusión		
137	sanguínea entonces el médico se arriesgó a		
138	colocarle unas unidades de sangre a riesgo		
139	de alguna demanda.		
140	<b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué</b>		
141	<b>contenidos debería incluir un programa de</b>		
142	<b>ampliación de conocimientos en materia</b>		
143	<b>médico-legal?</b>		
144	Debería incluirse algo relacionado a la	Normativa	
145	<u>normativa médica</u> , asimismo algo que	Médica.	
146	expliquen <u>las leyes y normas de los</u>		
147	<u>hospitales, sus organigramas y como son</u>	Estructura	Derecho
148	<u>las estructuras del ministerio de salud</u> . Esas	Organizativa	Médico
149	cosas son importantes que una como	del Sistema	
150	médica, las conozca. A veces en el hospital,	Público	
151	se pierden cosas de la historia clínica	Nacional del	
152	incluso en los ambulatorios hay gente que	Salud.	
153	quiere revisar la historia, pero sin ser		
154	médicos o enfermeras.		
155	<b>4. ¿Considera usted que siendo formado</b>		
156	<b>en responsabilidad médico-legal sería una</b>	Formación.	Formación
157	<b>adecuada estrategia para transformar su</b>	Transformación	médica
158	<b>praxis médica?</b>	de la praxis	continua.
159	Sería muy <u>bonita experiencia</u> , pues una	médico-legal.	
160	debe avanzar cada día más en nuestra		
161	profesión, para atender mejor a nuestros		
162	usuarios. <u>Si transformar es cambiar lo malo</u>		
163	<u>por algo bueno, creo que sería muy bueno</u>		
164	<u>hacer un curso de responsabilidad legal</u>		
165	<u>médico</u> , y bueno, eso es currículo.		

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El actor social MÉDICO-3, un caballero, fue el más sobrio, parco y templado al momento de la socialización grupal. Fue quien menos intervino durante el debate general que se protagonizó, cuando discutíamos los principales problemas médico-

legales que se les presentan a los galenos durante el ejercicio profesional médico. Estuvo muy pendiente de su teléfono celular, respondiendo mensajes de texto. Empero, las respuestas que ofreció durante la entrevista semiestructurada por separado, fueron bastante interesantes. Luego de ello debió retirarse del Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, excusándose en asuntos personales que debía atender. De seguidas (**Imagen 3**), se presentan las categorías y subcategorías emergidas de su entrevista.



**Imagen 3.**  
**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-3.**  
**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 5**  
**Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-4 realizada en fecha jueves 18 de mayo de 2017, a las 5:00 horas de la tarde**

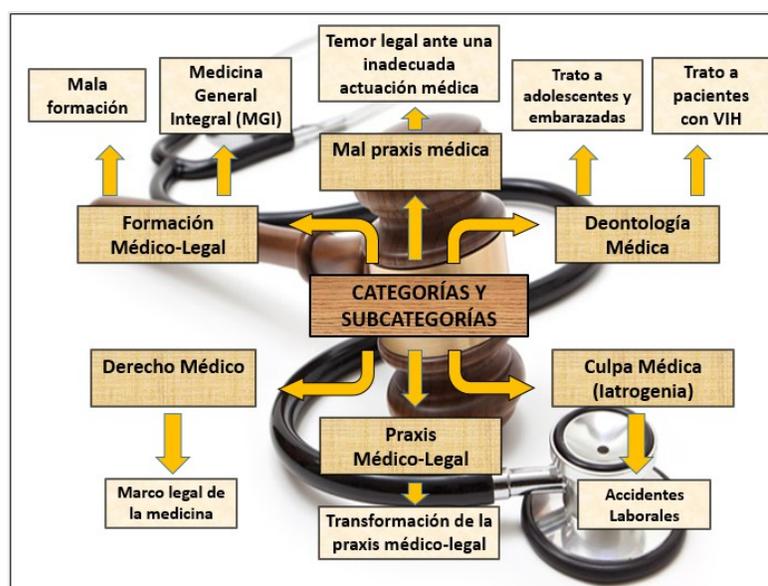
Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
166	1. <i>¿Qué nos puede decir usted de su formación legal durante el pregrado en medicina?</i> <i><u>Fue muy mala. Yo creo que pudo ser mejor,</u></i> <i>pero siempre con apuros no nos dieron nada de medicina legal. En mi postgrado de</i>	Mala formación médico-legal.	Formación médico-
167			
168			
169			
170			
171			

172	<u>Medicina General Integral</u> , nosotros		legal.
173	realizamos una rotación en algunos	Medicina	
174	servicios del hospital, entonces aprendimos	General	
175	cosas de las universidades tradicionales, por	Integral.	
176	ejemplo, el tema de la papelería venezolana.		
177	Son distintas las papelerías, incluso cosas		
178	legales difieren.		
179	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
180	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
181	<b>profesión médica?</b>		
182	<u>Siempre he tenido algo de miedo</u> , una vez	Temor legal	Mal praxis
183	en el ambulatorio tuve miedo de atender a	ante una	médica.
184	una adolescente que llegó sola a que le	inadecuada	
185	hiciera una citología, entonces pensé en	actuación	
186	atenderla o en no atenderla, pero luego <u>se la</u>	médica.	
187	<u>mandé a otra doctora, pues yo no tenía</u>		
188	<u>enfermera que me asistiera o que me</u>		
189	<u>acompañara</u> . O fijese, otro caso es cuando		
190	uno va caminando por la calle, hay un		
191	accidente y un herido, pero no llega la		
192	ambulancia, y yo no tengo guantes encima,		
193	por tanto, me pregunto: ¿Lo atiendo o no lo		
194	atiendo? Es que, si lo atiendo, pero tiene		
195	alguna enfermedad contagiosa, puedo		
196	ponerme en riesgo, pero <u>si lo dejo de</u>		
197	<u>atender ¿me cae la ley? Eso me preocupa</u> .		
198	<b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué</b>		
199	<b>contenidos debería incluir un programa de</b>		
200	<b>ampliación de conocimientos en materia</b>		
201	<b>médico-legal?</b>		
202	Algo importante, es el tema de <u>tratar a</u>	Trato a	Deontología
203	<u>adolescentes</u> , como traspasar a una	adolescentes y	Médica.
204	<u>embarazada</u> cuando uno se va de	embarazadas.	
205	vacaciones, incluso si una persona no quiere		
206	atenderse con uno entonces ¿me puedo	Trato a	
207	negar? Otra cosa, es sobre el <u>trato de</u>	pacientes con	
208	<u>pacientes con VIH</u> . Siempre hay problemas	VIH.	
209	con el secreto, cuando detectamos un caso,		Culpa
210	puede filtrarse la información de un paciente	Accidentes	Médica
211	que se contaminó con VIH entonces todo el	Laborales.	(Iatrogenia).
212	mundo del ambulatorio lo sabe, eso es bien		
213	delicado, así como lo del <u>pinchazo y</u>		
214	<u>accidentes laborales</u> . Es lo que le decía,		
215	cuidarnos nosotros.		

216	<p>4. <i>¿Considera usted que siendo formado en responsabilidad médico-legal sería una adecuada estrategia para transformar su praxis médica?</i></p> <p><i>Transformaríamos nuestra forma de hacer medicina.</i> Creo que sería muy bueno. Seríamos mejores médicos, más humanos y trataríamos mejor a nuestros pacientes. Hacer un diplomado en medicina, aquí es difícil, eso sería buena oportunidad de aprender otras <i>cosas legales aplicadas a la medicina.</i></p>		
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			
226	Transformación de la praxis médico-legal.	Praxis Médico-Legal.	
227	Marco legal de la Medicina.	Derecho Médico.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El actor social MÉDICO-4, especialista en Medicina General Integral (MGI), al momento de la entrevista cumplía funciones gerenciales como regente de un establecimiento de salud, además de ser docente de pregrado en Medicina Integral Comunitaria (MIC), e impresionaba ser un individuo extrovertido y espontáneo.



**Imagen 4.**  
Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-4.

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

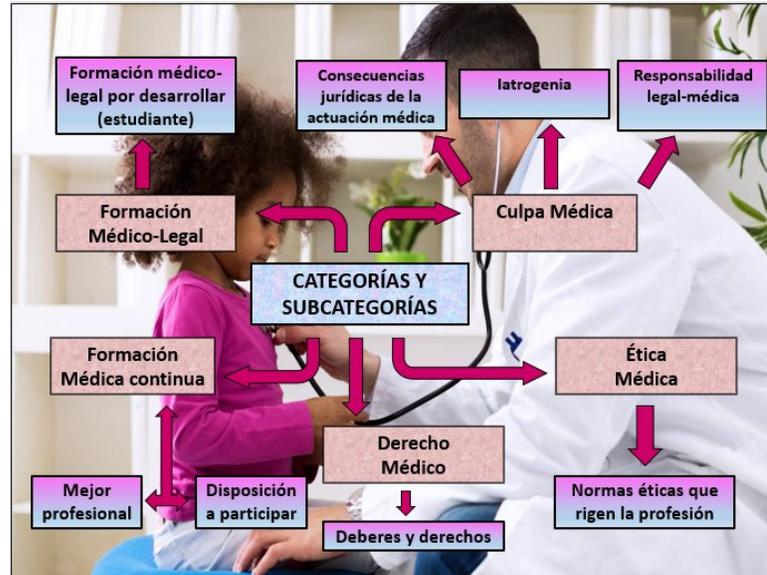
**Tabla 6**  
**Categorización abierta de la narratividad del actor social MÉDICO-5 realizada en fecha viernes 19 de mayo de 2017, a las 10:00 horas de la mañana**

Línea	Narrativa del Actor Social	Subcategorías	Categorías
228	<b>1. ¿Qué nos puede decir usted de su</b>		
229	<b>formación legal durante el pregrado en</b>		
230	<b>medicina?</b>		
231	<u>Le respondo con toda sinceridad, profe, yo</u>	Formación	Formación
232	<u>apenas estoy estudiando, apenas voy para</u>	médico-legal	Médico-
233	<u>el cuarto año de la carrera.</u> En enero	por desarrollar	Legal.
234	comienzo a estudiar en el CRH del Hospital	(estudiante).	
235	General de San Carlos y todavía no he visto		
236	medicina legal, ni las materias relacionadas		
237	con la parte legal. Tengo entendido que este		
238	año es que me toca verla.		
239	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
240	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
241	<b>profesión médica?</b>		
242	Bueno, lo que uno hace como estudiante es	Consecuencias	
243	resguardar la historia clínica, hacerla bien,	jurídicas de la	
244	pues además es evaluado. <u>Cuando uno hace</u>	actuación	
245	<u>algo malo, lo regañan</u> y uno tiene que estar	médica.	
246	pendiente de aprender a no cometer		Culpa
247	<u>iatrogenias, maltratar al paciente,</u> tenerle	Iatrogenia.	Médica
248	paciencia a todo el que llega, pero en		(Iatrogenia).
249	realidad, si ocurre algo <u>es culpa del jefe de</u>	Responsabilidad	
250	<u>servicio, del adjunto, del residente de</u>	legal-médica.	
251	<u>guardia o del interno.</u>		
252	<b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué</b>		
253	<b>contenidos debería incluir un programa de</b>		
254	<b>ampliación de conocimientos en materia</b>		
255	<b>médico-legal?</b>		
256	Esté... no bueno, no sé, algo de <u>ética,</u>	Normas éticas	
257	estudiar los códigos, las <u>normas que rigen</u>	que rigen la	Ética
258	<u>la actuación del médico,</u> aquello que no	profesión.	Médica.
259	debemos hacer, lo que se considera		
260	inadecuado, por ejemplo, dar reposos falsos	Deberes y	
261	y récipes falsos, pero también conocer	derechos de los	Derecho
262	<u>nuestros derechos, lo que tiene que ver con</u>	médicos.	Médico.
263	<u>el salario, los bonos por horas nocturnas,</u>		
264	<u>eso del artículo 8 de la ley,</u> si es obligado,		
265	así como dicen, tengo entendido que, si uno		
266	cumple la ruralidad lejos, valen son seis		
267	meses y no un año. De esas cosas es que me		

268	gustaría que nos explicaran.		
269	<b>4. ¿Considera usted que siendo formado</b>		
270	<b>en responsabilidad médico-legal sería una</b>		
271	<b>adecuada estrategia para transformar su</b>		
272	<b>praxis médica?</b>		
273	<u>Estaría muy feliz que me aceptaran en este</u>	Disposición a	Formación Médica continua.
274	<u>diplomado</u> , porque mi mamá me dijo que	participar en la	
275	uno tiene que tener una carrera previa para	formación.	
276	poder hacer un diplomado como este, y		
277	creo que eso me ayudaría a ser un <u>mejor</u>	Mejor	
278	<u>profesional</u> . Gracias.	profesional.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

En la narratividad del actor social MÉDICO-5 se evidenció inseguridad y desconfianza en sí mismo, suponemos que por ser estudiante de medicina. Quizás se sentía en minusvalía conformando un grupo de investigación, al lado de médicos ya graduados y otro, incluso, con estudios de postgrado. Sin embargo, fueron interesantes las categorías y subcategorías que emergieron de su discurso (**Imagen 5**).



**Imagen 5.**  
**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del actor social MÉDICO-5.**

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

Las tablas 7, 8 y 9 muestran la categorización abierta de la narratividad de los tres (3) informantes claves que conformaron el GIAP.

**Tabla 7**  
**Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-1 realizada en fecha sábado 20 de mayo de 2017, a las 03:00 horas de la tarde**

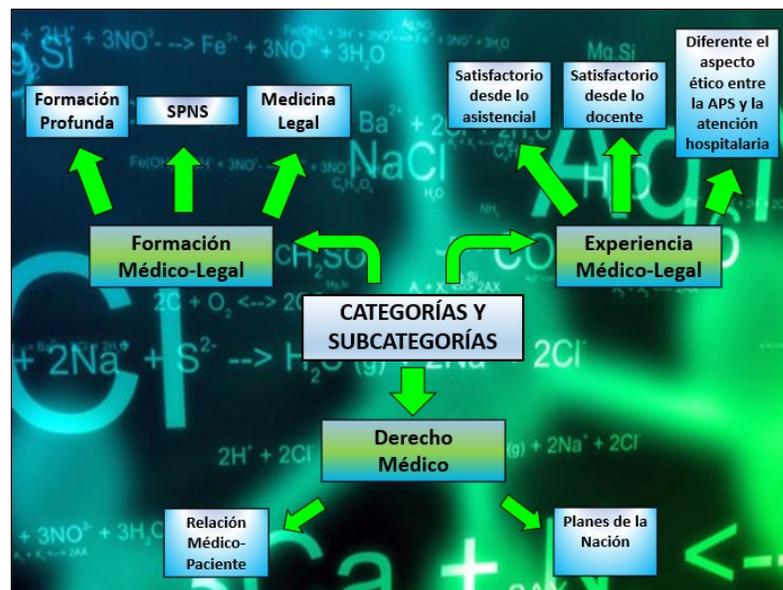
Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías
279	<b>1. ¿Qué me puede narrar usted de su</b>		
280	<b>formación legal durante el pregrado en</b>		
281	<b>medicina?</b>		
282	<u>Mi formación legal durante el pregrado fue</u>	Formación	
283	<u>bastante profunda</u> , pues se abordaron todos	médico-legal	
284	los elementos necesarios para lograr el	profunda	
285	ingreso al <u>sistema de salud pública</u> de		
286	manera satisfactoria, tomando en cuenta que	Sistema de	
287	el ejercicio de la medicina en Venezuela es	Salud Pública	Formación
288	vigilado formal e informalmente por		Médico-
289	<u>distintas instancias, llámese MPPS, Colegio</u>		Legal.
290	<u>de Médicos, Federación Médica y el Poder</u>	Medicina	
291	<u>Popular</u> . Recibí formación de más de	Legal	
292	dieciséis semanas en <u>Medicina Legal, Ética</u>		
293	<u>y Bioética</u> en rotaciones de cuatro semanas		
294	cada una. Asimismo, aspectos básicos		
295	relacionados al Derecho Médico. Una vez		
296	incorporado al sistema de salud, desde las		
297	direcciones de salud, nos brindaron talleres		
298	propedéuticos que incorporaron todo lo		
299	relacionado con los manuales estadísticos de		
301	los diversos programas de salud, así como el		
302	tema de los instrumentos de recolección de		
303	información de cada programa de salud.		
304	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
305	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
306	<b>profesión médica?</b>		
307	<u>Ha sido muy satisfactorio, es que, con mi</u>		
308	<u>experiencia asistencial, sobre todo en la</u>	Experiencia	
309	<u>atención primaria de salud</u> , tuve algunos	médico-legal	
310	eventos en los que tomé precaución a la hora	satisfactoria	
311	de firmar reposos, certificaciones	desde lo	
312	diagnósticas, así como justificaciones, que	asistencial	
313	son muy frecuentes sin ningún tipo de		
314	sustento, claro, siempre recordando cada una		
315	de las clases recibidas en mi formación de		

<p>316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359</p>	<p>pregrado y las repercusiones legales que podían presentarse. Realicé un componente docente en un centro local de la UNA, y eso me permitió avanzar en el otro rol del médico, <u>el rol docente, por lo que me permitió determinar mis responsabilidades como profesor</u>, incluso las repercusiones a la hora de establecer notas a los estudiantes de pregrado. Otra experiencia fue cuando realicé mis <u>postgrados en salud pública y la maestría en gerencia pública</u>, pues comencé a brindar clases a los aspirantes a especialistas en salud pública, epidemiología y Medicina General Integral. Incluso, como se manejaba el tema del <u>aspecto ético en la atención primaria de salud, la diferencia en la atención hospitalaria</u>, así como la escala jerárquica, estudiantes de pregrado, internos de pregrado, internos, residentes, jefe de residentes. Tuve la oportunidad de ejercer funciones de epidemiología a nivel del estado, allí es donde más delicado se vuelve el asunto, pues cómo asumir los datos estadísticos de la región, que son vitales para el desarrollo de la población, discutirlos de manera muy sincera con las autoridades del ministerio a nivel nacional o del ejecutivo regional, y cómo se ponía en juego a la hora que ellos ejercían acciones para que uno pudiera falsear datos. Jamás lo hice, creo que es parte de la ética del médico.</p> <p><b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué contenidos debería incluir un programa de ampliación de conocimientos en materia médico-legal?</b></p> <p>Fundamental es abordar la ética, enmarcado <u>en los planes de la nación</u>, que esté en correspondencia con lo que estamos viviendo hoy en día. Asumir que el medico nuevo, aquellos graduados en los últimos años, incluyendo los formados en universidades tradicionales, entiéndase autónomas o las universidades intervenidas, así como los de programas de formación,</p>	<p>Experiencia médico-legal satisfactoria desde lo docente</p> <p>Diferente el aspecto ético entre la APS y la atención hospitalaria</p> <p>Planes de la Nación</p>	<p>Experiencia Médico-Legal</p> <p>Derecho Médico</p>
--	---	---	---

360	tienen grandes falencias en ese aspecto, es		
361	que consideran que el medico por ser		
362	médico, está alejado de la sociedad, creen	Relación	
363	que una vez graduados pertenecerán a la	Médico-	
364	élite y bueno, se vuelven en algunos casos,	Paciente	
365	promotores de todo lo malo. Se debe hablar		
366	de la <u>relación médico-paciente</u> que es tan		
367	importante y abordar, así como el tema los		
368	planes de nación.		

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El informante clave identificado como IC-1 se mostró receptivo al momento de la entrevista, la cual fue realizada en casa del informante IC-2, donde compartimos café y torta. En la imagen que se presenta a continuación (**Imagen 6**), es posible visualizar las categorías y subcategorías que emergieron de su discursiva.



**Imagen 6.**  
Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-1.

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

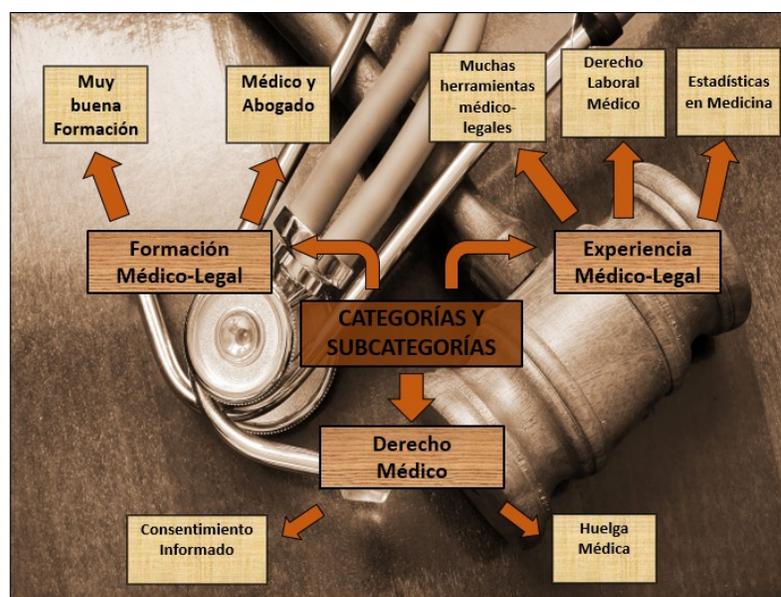
**Tabla 8**  
Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-2 realizada en fecha sábado 20 de mayo de 2017, a las 03:30 horas de la tarde

Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías
369	<b>1. ¿Qué me puede narrar usted de su</b>		
370	<b>formación legal durante el pregrado en</b>		
371	<b>medicina?</b>		
372	<u>Mi formación durante el pregrado fue muy</u>	Muy buena	
373	<u>buena</u> , yo me gradué de médico en la	formación	
374	Universidad de Carabobo, allá nos dio clases	Médico-legal	
375	un profesor que se había graduado en la		
376	UVC y tenía postgrados en Alemania. Ese		Formación
377	profesor había publicado varios libros, y uno		Médico-
378	de esos libros es el que tomamos como		Legal
379	referencia hoy día, es de los más conocidos		
380	para dar clases de Medicina Legal. <u>Aprendí</u>	Médico-	
381	<u>tantas cosas de medicina legal, que años</u>	Abogado	
382	<u>después se me dio la oportunidad de</u>		
383	<u>estudiar Derecho</u> , y aquí en la UNELLEZ		
384	me gradué de abogado.		
385	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
386	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
387	<b>profesión médica?</b>		
388	<u>Haber estudiado derecho y ser médico al</u>		
389	<u>mismo tiempo, me dio muchas herramientas</u>	Muchas	
390	<u>para mi praxis como médico</u> , sobre todo la	herramientas	
391	comprensión de los aspectos legales donde	médico-legales	
392	el médico puede estar incurso. Aparte de		Experiencia
393	ello, mis estudios en salud pública me		Médico-
394	ayudaron a visualizar un poco más el		Legal
395	<u>manejo de los trabajadores, de las</u>	Derecho	
396	<u>estadísticas e incluso del trato con otros</u>	Laboral	
397	<u>médicos</u> . Logré entender los temas graves	Médico	
398	que afectan a la población, aquellas		
399	oportunidades en que los médicos,	Estadísticas en	
400	enfermeras y otro personal de salud, sin	Medicina	
401	autorización, iniciaban huelgas médicas.		
402	Recuerdo que hace unos años, siendo yo jefe		
403	de la salud aquí en Cojedes, fuimos un		
404	estado que se enfrentó a una huelga médica		
405	durante unos días, porque un grupo de		
406	médicos integrales sin autorización del		
407	colegio de médicos, estaba vulnerando el		
408	derecho a la salud. En ese momento, gracias		
409	a esos conocimientos en materia legal		
410	logramos sobrellevar el asunto, porque los		
411	consultores jurídicos de ese entonces,		

412	andaban algo perdidos.		
413	3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué		
414	contenidos debería incluir un programa de		
415	ampliación de conocimientos en materia		
416	médico-legal?		
417	Básico es incluir eso de lo que te hablé, de la	Huelga Médica	Derecho
418	<u>huelga médica</u> , pero también deberías meter	Consentimiento	Médico
419	el tema del <u>consentimiento informado</u> .	Informado	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

Al informante clave identificado como IC-2, le conozco desde hace años. Conozco su pasión por la medicina, particularmente por la especialidad clínica que desempeña con ahínco, pasión y mucha vocación de servicio. Cuando busqué su ayuda para conformar este GIAP, la obtuve de manera inmediata y sin objeciones.



**Imagen 7.**

**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-2.**

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 9**

**Categorización abierta de la narratividad del informante clave IC-3 realizada en fecha lunes 22 de mayo de 2017, a las 11:00 horas de la mañana**

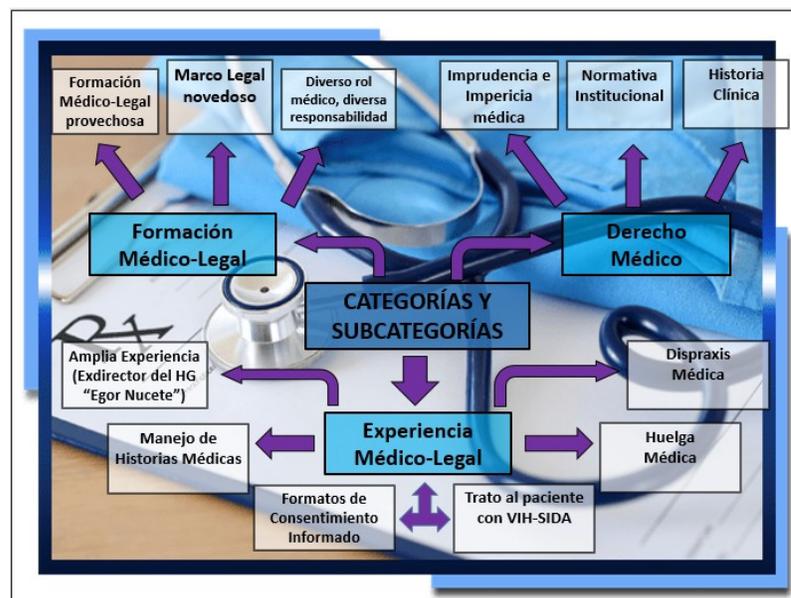
Línea	Narrativa del Informante Clave	Subcategorías	Categorías
420	1. ¿Qué me puede narrar usted de su		
421	formación legal durante el pregrado en		

422	<b>medicina?</b>		
423	Mira, <u>fue provechosa mi formación como</u>	Formación	
424	<u>médico</u> , mis profesores fueron de calidad. La	Médico-Legal	
425	verdad es que no puedo quejarme. Aunque	provechosa	
426	algunas <u>normas y leyes han cambiado desde</u>		Formación
427	<u>entonces</u> , logré reforzar y mantenerme	Marco Legal	Médico-
428	actualizada con mis estudios de postgrado.	novedoso	Legal
429	Creo que lo que más me impactó en ese		
430	momento, fue la visualización del <u>médico en</u>		
431	<u>sus diversos roles</u> , pues cada uno de los	Diverso rol	
432	roles del médico significaba que uno tenía	médico, diversa	
433	una <u>responsabilidad distinta</u> ,	responsabilidad	
434	responsabilidad en lo asistencial, en lo		
435	docente, en lo administrativo.		
436	<b>2. ¿Cómo ha sido su experiencia desde el</b>		
437	<b>punto de vista jurídico en el ejercicio de la</b>		
438	<b>profesión médica?</b>		
439	¡Maravilloso! Es algo que me apasiona. <u>He</u>	Amplia	
440	<u>tenido mucha experiencia</u> . Yo, siendo	experiencia en	
441	especialista en salud pública tuve el placer	el ámbito	
442	de <u>coordinar un hospital</u> , ahí realicé muchos	médico-legal	
443	cambios, pues <u>se manejaba muy mal el tema</u>		
444	<u>de las historias médicas</u> , logramos que se	Exdirector de	
445	<u>adecuaran algunos formatos del</u>	hospital	
446	<u>consentimiento informado</u> . Se observaron		
447	<u>cambios en la atención al paciente</u> ,	Mal manejo de	Experiencia
448	<u>cuidamos mucho del paciente con VIH-</u>	historias	Médico-
449	<u>SIDA</u> , pues siempre era maltratado en el	médicas	Legal
450	transcurso de su enfermedad, sobre todo		
451	aquellas embarazadas que tenían VIH, que a	Formatos de	
452	la hora del parto eran discriminadas.	Consentimiento	
453	Adecuamos muchas otras cosas, por	Informado	
454	ejemplo, <u>abordé muy bien el tema de la</u>		
455	<u>huelga médica</u> , a mí mis especialistas jamás	Trato al	
456	me abandonaron el servicio ni me hicieron	paciente VIH-	
457	huelga, claro, yo tenía los conocimientos y	SIDA	
458	no podían engañarme con ese tema. Mis		
459	estudios de maestría y doctorado en derecho		
460	médico, me ayudaron a <u>disminuir la</u>	Huelga Médica	
461	<u>dispraxis medica</u> durante mi gestión,		
462	prevenirla incluso. Yo, siendo la única con	Dispraxis	
463	un doctorado en derecho medico en todo el	Médica	
464	estado Cojedes, estoy a la orden para brindar		
465	esos contenidos.		

466	<p><b>3. De acuerdo a su experiencia, ¿Qué contenidos debería incluir un programa de ampliación de conocimientos en materia médico-legal?</b></p> <p>Derecho Médico es primordial. Cómo identificar una <i>dispraxis</i>, cómo visualizar aquellos casos de <i>impericia e imprudencia médica</i>; cómo combatir la <i>inobservancia de normas a nivel institucional</i>. En eso, los médicos de hoy día tienen muchas fallas. Debemos reforzar los elementos de la <i>historia clínica</i>, los certificados médicos de defunción. Adicional, debemos hablar del carácter legal que tiene la historia clínica de todo paciente, así como de lo confidencial que allí se plasme.</p>	<p>Imprudencia e Impericia médica</p> <p>Normativa Institucional</p> <p>Historia Clínica</p>	<p>Derecho Médico</p>
467			
468			
469			
470			
471			
472			
473			
474			
475			
476			
477			
478			
479			
480			
481			

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

A nuestro informante clave IC-3, le conozco desde un par de años, pero hemos entablado una hermosa y muy productiva amistad. De ella también obtuve un sí, libre de toda duda, cuando le invité a conformar este grupo de investigación (GIAP).



**Imagen 8.**  
**Codificación Axial con las categoría y subcategorías emergentes del informante clave IC-3.**

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 10**  
**Categorización axial de la narratividad de los actores sociales y de los informantes claves**

Actores Sociales e Informantes Claves	Interrogantes	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
MÉDICO-1	1	Formación médico-legal deficiente	Formación Médico-Legal
		Medicina Forense	
	2	Problemas legales	
		Advertencias de tipo legal	
	3	Ética Médica	
		Medicina Legal	
4	Disposición a participar		
	Herramientas legales		
MÉDICO-2	1	Formación médico-legal básica	Previsiones Médico-Legales
		Iatrogenia	
	2	Ausencia de problemas legales	
		Previsiones legales	
	3	Medicina Forense	
	4	Disposición a participar en la formación legal	
Aprehensión de herramientas legales			
MÉDICO-3	1	Poca formación médico-legal	Deontología Médica y Bioética
	2	Buena experiencia médico-legal	
		Preocupaciones de tipo legal	
	3	Normativa Médica	
		Estructura Organizativa SPNS	
	4	Formación	
Transformación de la praxis médico-legal			
	1	Mala formación médico-legal	
		Medicina General	

MÉDICO-4		Integral	Formación Médica Continua
	2	Temor legal ante una inadecuada actuación médica	
	3	Trato a adolescentes y embarazadas	
		Trato a pacientes con VIH	
	4	Accidentes Laborales	
		Transformación de la praxis médico-legal	
	Marco legal de la Medicina		
MÉDICO-5	1	Formación médico-legal por desarrollar (estudiante)	Medicina Forense
	2	Consecuencias jurídicas de la actuación médica	
		Iatrogenia	
		Responsabilidad legal-médica	
	3	Normas éticas que rigen la profesión	
		Deberes y derechos de los médicos	
	4	Disposición a participar en la formación	
		Mejor profesional	
IC-1	1	Formación médico-legal profunda	Experiencia Médico-Legal
		Sistema de Salud Pública	
		Medicina Legal	
	2	Experiencia médico-legal satisfactoria desde lo asistencial	
		Experiencia médico-legal satisfactoria desde lo docente	
		Diferente el aspecto	

		ético entre la APS y la atención hospitalaria	Derecho Médico	
	3	Planes de la Nación Relación Médico-Paciente		
IC-2	1	Muy buena formación Médico-legal Médico-Abogado		
		2	Muchas herramientas médico-legales Derecho Laboral Médico Estadísticas en Medicina	
	3		Huelga Médica Consentimiento Informado	
			IC-3	1
	2	Amplia experiencia en el ámbito médico-legal Exdirector de hospital Mal manejo de historias médicas Formatos de Consentimiento Informado Trato al paciente VIH-SIDA Huelga Médica Dispraxis Médica		
		3		
Culpa Médica (Iatrogenia)				
		Praxis Médico-Legal		

		Institucional	
		Historia Clínica	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

### **Categorías Axiales que emergieron del Fenómeno en Estudio**

Estas categorías axiales que se presentan a continuación, fueron las que emergieron a partir de las narrativas, temáticas, ideas y sentires de los actores sociales y de los informantes claves que conformaron el Grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP), los cuales aportaron los diversos significados de lo planteado, siendo el inicio del proceso de teorización. Las categorías son conceptos derivados de los datos que representan fenómenos, es decir, son ideas analíticas pertinentes emergidas o surgidas de los integrantes del GIAP, perteneciente a la red de servicios de salud del municipio Ezequiel Zamora, del estado bolivariano de Cojedes.

Emergieron, entonces, nueve categorías axiales: 1. Formación Médico-Legal; 2. Previsiones Médico-Legales; 3. Deontología Médica y Bioética; 4. Formación Médica Continua; 5. Medicina Forense; 6. Experiencia Médico-Legal; 7. Derecho Médico; 8. Culpa Médica (Iatrogenia); y 9. Praxis Médico-Legal (ver **Tabla 10**). De cada una de éstas categorías, surgieron subcategorías que integran los elementos temáticos, las cuales fueron presentados previamente mediante imágenes (de la **Imagen 1** a la **Imagen 8**).

En la categoría «Formación Médico-Legal», de la narrativa de nuestros actores sociales, surgieron subcategorías –o más bien adjetivos calificativos–, que definen a su formación médico legal de pregrado como: “Básica, poca, mala, deficiente” y “por desarrollar”, en el caso de MÉDICO-5 quien, para el momento de desarrollar la investigación, era estudiante de medicina. En la categoría «Previsiones Médico-Legales», emergieron las siguientes subcategorías: problemas legales, advertencias de tipo legal, ausencia de problemas médico-legales, previsiones legales. Para el caso de la categoría «Deontología Médica y Bioética» surgieron las subcategorías siguientes: trato a adolescentes y embarazadas, trato a pacientes con VIH-SIDA, y las normas éticas que rigen la profesión.

De la categoría «Formación Médica Continua», emergieron las subcategorías que siguen: herramientas legales, disposición a participar, aprehensión de herramientas legales, formación, transformación de la praxis médico-legal y mejoramiento profesional. Respecto a la categoría «Medicina Forense» surgió la subcategoría Medicina Legal. En relación a la categoría «Experiencia Médico-Legal», emergieron las subcategorías siguientes: buena experiencia médico-legal y preocupaciones de tipo legal. «Derecho Médico» fue la categoría que más subcategorías presentó: Normativa médica, estructura organizativa del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), marco legal de la medicina, deberes y derechos (del médico), planes de la nación, relación médico-paciente, huelga médica, consentimiento informado e historia clínica.

Respecto a la categoría «Culpa Médica (Iatrogenia)», surgieron las subcategorías siguientes: accidentes laborales, consecuencias jurídicas de la actuación médica, responsabilidad legal médica, imprudencia e impericia médica. Finalmente, respecto a la categoría «Praxis Médico-Legal», emergieron las subcategorías que se señalan: mal praxis médica; y temor ante una inadecuada actuación médica.

## **FASE V**

### **PLANIFICACIÓN**

“No tiene sentido contratar a personas inteligentes y después decirles lo que tienen que hacer. Nosotros contratamos a personas inteligentes para que nos digan qué tenemos que hacer” (Steve Jobs, 1955-2011).

Lara (ob. cit.) escribe que el plan de acción “es una actividad estratégica en donde se logra la interacción, fortalecimiento de los valores, las relaciones interpersonales y el sentido de pertenencia, esto conlleva a la formulación de una planificación eminentemente práctica que permita resolver la problemática planteada” (p. 68).

De las necesidades descritas en el diagnóstico participativo de la fase anterior, emergió el plan de acción que se explica en este capítulo, elaborado en construcción colectiva y colaborativa con los actores sociales e informantes claves, materializado en un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, avalado por la Coordinación de Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, mediante Resolución CTP Nro. 2017/0212, de fecha 26/09/2017, Acta Ordinaria Nro. 0006, Punto Nro. 216, modalidad semipresencial, acreditado con cuatro (04) unidades de crédito, por noventa y seis horas (96h) académicas teórico-prácticas, de las cuales sesenta y cuatro horas (64h) fueron presenciales y treinta y dos horas (32h) fueron en ambiente virtual.

#### **Fundamentación Teórica**

La misión y la visión que impulsan la labor del profesional de la salud en nuestra sociedad, así como su deseo de mejorar cada día más su desempeño laboral, reduciendo el número de riesgos y la importancia que se ofrece a la atención y derechos del paciente, hace necesaria la implementación de un programa de formación en el contexto jurídico, pero dentro del ámbito de la responsabilidad médica, que los instruya tanto en los deberes que tienen como médicos, como en el

respeto y concientización de los derechos del paciente y la importancia que éstos tienen dentro de la relación médico-paciente.

El incremento en el número de procesos judiciales por responsabilidad médica, aumentan considerablemente los costos de salud, la investigación y la formación del médico y en lo personal, aleja la relación médico-paciente, pues se asienta un modelo de medicina poco humanista que puede llegar a incrementar la desconfianza tanto del médico como del paciente, quienes ya no se sienten seguros uno del otro, todo lo cual a su vez genera más riesgos asociados a la práctica médica.

En este sentido, el presente programa de ampliación de conocimientos va dirigido a la formación en los derechos y deberes tanto del médico como del paciente, así como en las consecuencias éticas, civiles y penales derivadas del incumplimiento de dichos compromisos, mejorando la relación médico-paciente, a la vez que busca disminuir los porcentajes de riesgo asociados a las prácticas médicas con trascendencia en el campo del Derecho.

### **Objetivo General del Programa de Ampliación de Conocimiento**

Formar participantes con habilidades y destrezas –técnicas y metodológicas– para el abordaje, la comprensión, el diagnóstico y la resolución de situaciones dilemáticas, donde esté involucrado el ordenamiento jurídico aplicado al ejercicio de la actividad médica en sus diferentes ámbitos laborales, fundamentado en la prestación de servicios de salud en el marco del Derecho, la jurisprudencia, aparte de los deberes y responsabilidades que se deben tener al ejercer la profesión.

### **Destinatarios**

Profesionales de la salud (médicos, enfermeros, odontólogos, promotores de salud, entre otros); profesionales de otras disciplinas que participan en la gestión administrativa de los diferentes servicios de salud, abogados, docentes universitarios, investigadores, estudiantes de medicina, estudiantes de derecho y carreras afines.

## **Estructura del Programa de Ampliación de Conocimiento**

### **Unidad I: Deontología Médica y Bioética**

Dieciséis (16) horas teórico-prácticas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teórico-prácticas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teórico-prácticas.

#### **Objetivo General**

- ✓ Analizar los protocolos y procesos que se desprenden de los actos causados por los profesionales de la salud, originados en las distintas prácticas, basados en el diagnóstico de la situación, donde la fundamentación científica, bioética y moral sean un elemento esencial de su praxis médica.

#### **Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar los elementos y principios éticos que rigen la relación médico-paciente y sus consecuencias deontológicas en la praxis profesional, comprendiendo el marco constitucional y legal que supone el ejercicio legítimo de la función médica en Venezuela.
- ✓ Comprender desde el punto de vista ético-jurídico el concepto de Secreto Médico y sus implicaciones como derecho inherente al paciente; además de la noción de Honorarios Médicos, su fundamentación y concepto, como contraprestación digna a los servicios prestados por los profesionales de la salud.
- ✓ Reconocer las implicaciones bioéticas que conlleva la reproducción asistida y la eutanasia, como actos en los que profesionales de la salud ejercen una fuerte influencia en la vida de sus pacientes; aparte de los aspectos éticos que acarrea el trato al paciente detectado VIH positivo.

### **Unidad II: Derecho Médico**

Dieciséis (16) horas teórico-prácticas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teórico-prácticas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teórico-prácticas.

### **Objetivo General**

- ✓ Generar elementos jurídicos y clínicos que permitan, tanto al profesional de la Salud como al profesional del Derecho, enfrentar los conflictos consuetudinarios suscitados en esta competencia del saber especializado, los cuales constituyen un punto central en materia de responsabilidad contractual y extracontractual en el ejercicio de la función médica, conforme a la legislación venezolana.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Definir el Derecho Médico y elementos básicos dentro de la ciencia del Derecho, que permitan entender la noción de contrato médico, la relación médico-paciente, las consecuencias derivadas de la responsabilidad contractual y extracontractual en el ejercicio de la medicina, y las implicaciones de la Huelga Médica.
- ✓ Comprender la importancia del Consentimiento Legítimamente Informado, su trascendencia en la actuación médica y las normas que lo regulan; además del alcance que guarda la Historia Clínica como un documento médico-legal.
- ✓ Estudiar las implicaciones de la Transfusión de Sangre, Plasma y Órganos.

### **Unidad III: Medicina Forense**

Dieciséis (16) horas teórico-prácticas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teórico-prácticas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teórico-prácticas.

### **Objetivo General**

- ✓ Analizar e interpretar actos médicos-biológicos que demandan conocimientos jurídicos, a fin de determinar las consecuencias legales que se derivan de su ejecución y aplicación, para apoyar y auxiliar los requerimientos técnico-científicos que se necesitan dentro del sistema de administración de justicia.

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Comprender y aplicar los conceptos especializados de la Medicina Forense en el ejercicio de la función médica.

- ✓ Precisar distintas situaciones que en el campo del Derecho requieren de conocimientos de carácter médico, así como de valorar adecuadamente las posibles actuaciones jurídicas derivadas de esas situaciones.

#### **Unidad IV: Culpa Médica**

Dieciséis (16) horas teórico-prácticas presenciales por semana. Dos semanas, dos encuentros presenciales por semana. Ocho (8) horas teórico-prácticas en entorno virtual. Para un total de veinticuatro (24) horas teórico-prácticas.

#### **Objetivo General**

- ✓ Analizar las diversas responsabilidades jurídicas en que pudiera incurrir el profesional de la Salud, derivada de la vulneración de los derechos de los pacientes, por el incumplimiento de los respectivos deberes.

#### **Objetivos Específicos**

- ✓ Esbozar los contenidos de la responsabilidad penal y civil, a los que se pueden ver expuestos el cuerpo médico, en el ejercicio de su actividad profesional.
- ✓ Presentar un panorama básico de las principales herramientas probatorias que están al alcance del personal médico, cuando se inicia un proceso judicial por responsabilidad derivada del acto médico.
- ✓ Estudiar las últimas tendencias jurisprudenciales emanadas de los Tribunales de la República, relacionadas con los temas analizados.

A continuación, se muestra la propuesta de Cronograma de Actividades aprobado, para la ejecución de Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, dictado en el Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, desde el día lunes veintitrés de octubre de dos mil diecisiete, hasta el miércoles trece de diciembre de dos mil diecisiete.

**Tabla 11**  
**Cronograma de Actividades Unidad I: Deontología Médica y Bioética**

OBJETIVO GENERAL: Analizar los protocolos y procesos que se desprenden de los actos causados por los profesionales de la salud, originados en las distintas prácticas, basados en el diagnóstico de la situación, donde la fundamentación científica, bioética y moral sean un elemento esencial de su praxis médica.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>1. Identificar los elementos y principios éticos que rigen la relación médico-paciente y sus consecuencias deontológicas en la praxis profesional, comprendiendo el marco constitucional y legal que supone el ejercicio legítimo de la función médica en Venezuela.</p> <p>2. Comprender desde el punto de vista ético-jurídico el concepto de Secreto Médico y sus implicaciones como derecho inherente al paciente; además de la noción de Honorarios Médicos, su fundamentación y concepto, como contraprestación digna a los servicios prestados por los profesionales de la salud.</p> <p>3. Reconocer las implicaciones bioéticas que conlleva la reproducción asistida y la eutanasia, como actos en los que profesionales de la salud ejercen una fuerte influencia en la vida de sus pacientes; aparte de los aspectos éticos que acarrea el trato al paciente detectado VIH positivo.</p>	<p>1. Análisis de los conceptos Ética, Bioética y Moral. 2. Consideraciones éticas de la relación médico-paciente. 3. El Secreto Médico. 4. Honorarios Médicos. 5. Reproducción Asistida. 6. Aproximación médico-jurídica a la Eutanasia. 7. Aspectos éticos y jurídicos del paciente VIH positivo o con SIDA.</p>	<p><b>Presencial:</b> Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-legales, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Análisis de los recursos didácticos seleccionados por los formadores y dispuestos en el aula virtual (audios, videos, diapositivas, libros, artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p><b>Presencial:</b> Dinámica de grupos. Trasparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Equipos tecnológicos. Internet. Ambiente Virtual. Material de lectura, audios, videos, diapositivas. Foros. Mensajería interna.</p>	<p>Lunes 23/10/2017;  Miércoles 25/10/2017;  Lunes 30/10/2017 y  Miércoles 01/11/2017.</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas-prácticas presenciales.  Cuatro (4) horas teóricas prácticas en entorno virtual.</p>	<p>Dr. Carlos Díaz</p>

**Fuente:** Elaboración Propia (2018).

**Tabla 12**  
**Cronograma de Actividades Unidad II: Derecho Médico**

<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Generar elementos jurídicos y clínicos que permitan, tanto al profesional de la Salud como al profesional del Derecho, enfrentar los conflictos consuetudinarios suscitados en esta competencia del saber especializado, los cuales constituyen un punto central en materia de responsabilidad contractual y extracontractual en el ejercicio de la función médica, conforme a la legislación venezolana.						
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE</b>	<b>RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE</b>	<b>FECHAS PARA LA EJECUCIÓN</b>	<b>HORAS ACADÉMICAS</b>	<b>FORMADOR</b>
<p>1. Definir el Derecho Médico y elementos básicos dentro de la ciencia del Derecho, que permitan entender la noción de contrato médico, la relación médico-paciente, las consecuencias derivadas de la responsabilidad contractual y extracontractual en el ejercicio de la medicina, y las implicaciones de la Huelga Médica.</p> <p>2. Comprender la importancia del Consentimiento Legítimamente Informado, su trascendencia en la actuación médica y las normas que lo regulan; además del alcance que guarda la Historia Clínica como un documento médico-legal.</p> <p>3. Estudiar las implicaciones legales de la Transfusión de Sangre, Plasma y Órganos.</p>	<p>1. Derecho Médico. 2. Relación médico-paciente como fuente de obligaciones contractuales y extracontractuales. 3. La Huelga Médica. 4. Consentimiento legítimamente declarado. 5. Análisis a Normas relativas al Consentimiento Informado. 6. La Historia Clínica. 7. Transfusión de Sangre, Plasma y Órganos: Naturaleza jurídica.</p>	<p><b>Presencial:</b> Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-legales, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Análisis de los recursos didácticos seleccionados por los formadores y dispuestos en el aula virtual (audios, videos, diapositivas, libros, artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p><b>Presencial:</b> Dinámica de grupos. Trasparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Equipos tecnológicos. Internet. Ambiente Virtual. Material de lectura, audios, videos, diapositivas. Foros. Mensajería interna.</p>	<p>Lunes 06/11/2017; Miércoles 08/11/2017; Lunes 13/11/2017 y Miércoles 15/11/2017.</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas-prácticas presenciales. Cuatro (4) horas teóricas-prácticas en entorno virtual.</p>	<p>Dra. Emilia Lugo</p>

**Fuente:** Elaboración Propia (2018).

**Tabla 13**  
**Cronograma de Actividades Unidad III: Medicina Forense**

<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Analizar e interpretar actos médicos-biológicos que demandan conocimientos jurídicos, a fin de determinar las consecuencias legales que se derivan de su ejecución y aplicación, para apoyar y auxiliar los requerimientos técnico-científicos que se necesitan dentro del sistema de administración de justicia.						
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE</b>	<b>RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE</b>	<b>FECHAS PARA LA EJECUCIÓN</b>	<b>HORAS ACADÉMICAS</b>	<b>FORMADOR</b>
<p>1. Comprender y aplicar los conceptos especializados de la Medicina Forense en el ejercicio de la función médica.</p> <p>2. Precisar distintas situaciones que en el campo del Derecho requieren de conocimientos de carácter médico, así como de valorar adecuadamente las posibles actuaciones jurídicas derivadas de esas situaciones.</p>	<p>1. Medicina Forense: Definición y alcance. 2. Tanatología Forense. 3. Traumatología Forense. 4. Sexología médico-legal. 5. Obstetricia médico-legal. 6. Aborto criminoso.</p>	<p><b>Presencial:</b> Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-legales, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Análisis de los recursos didácticos seleccionados por los formadores y dispuestos en el aula virtual (audios, videos, diapositivas, libros, artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p><b>Presencial:</b> Dinámica de grupos. Transparencias, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Equipos tecnológicos. Internet. Ambiente Virtual. Material de lectura, audios, videos, diapositivas. Foros. Mensajería interna.</p>	<p>Lunes 20/11/2017; Miércoles 22/11/2017; Lunes 27/11/2017 y Miércoles 29/11/2017.</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas-prácticas presenciales. Cuatro (4) horas teóricas-prácticas en entorno virtual.</p>	<p>Dr. José Ramírez</p>

**Fuente:** Elaboración Propia (2018).

**Tabla 14**  
**Cronograma de Actividades Unidad IV: Culpa Médica**

OBJETIVO GENERAL: Analizar las diversas responsabilidades jurídicas en que pudiera incurrir el profesional de la Salud, derivada de la vulneración de los derechos de los pacientes, por el incumplimiento de los respectivos deberes.						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE	RECURSOS PARA EL APRENDIZAJE	FECHAS PARA LA EJECUCIÓN	HORAS ACADÉMICAS	FORMADOR
<p>1. Esbozar los contenidos de la responsabilidad penal y civil, a los que se pueden ver expuestos el cuerpo médico, en el ejercicio de su actividad profesional.</p> <p>2. Presentar un panorama básico de las principales herramientas probatorias que están al alcance del personal médico, cuando se inicia un proceso judicial por responsabilidad derivada del acto médico.</p> <p>3. Estudiar las últimas tendencias jurisprudenciales emanadas de los Tribunales de la República, relacionadas con los temas analizados.</p>	<p>1. Malpraxis o Dispraxis: Concepto. 2. Delitos Dolosos en materia médica. 3. Consideraciones generales sobre la culpa en Derecho Penal. 4. La Medicina en Equipo, Determinación de la Responsabilidad y el Principio de la División del Trabajo. 5. La Prueba de la Responsabilidad Penal Médica. 6. Responsabilidad Civil Médica. 7. Análisis de casos de Culpa Médica resueltos por Tribunales venezolanos.</p>	<p><b>Presencial:</b> Exposición del formador basada en la mayéutica socrática, fomentando la intervención de los participantes, lo que permita orientar los conocimientos y la concatenación de cada módulo, estimulando la discusión de problemas y conflictos médico-legales, aportando ejemplos, comentarios y diversas opiniones a objeto de ilustrar las explicaciones. Exposición por parte de los participantes de los módulos establecidos en el contenido programático. Realización de talleres, discusiones y síntesis de carácter grupal, donde se lleguen a razonamientos colectivos, luego sean socializadas en una plenaria con la totalidad de los participantes. Consulta bibliográfica anticipada para lograr la fijación de conocimientos y un óptimo desarrollo del módulo correspondiente.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Análisis de los recursos didácticos seleccionados por los formadores y dispuestos en el aula virtual (audios, videos, diapositivas, libros, artículos científicos, entre otros), haciendo uso de actividades de comprensión. Foros virtuales a fin de incentivar la interacción, discusión y síntesis. Producción colaborativa de conocimiento.</p>	<p><b>Presencial:</b> Dinámica de grupos. Traspapeados, retroproyector, fichas. Video Beam. Películas. Discusiones grupales. Pizarra acrílica y marcadores. Mapas Conceptuales. Láminas de Papel Bond. Consulta a textos, leyes y códigos.</p> <p><b>En entorno virtual:</b> Equipos tecnológicos. Internet. Ambiente Virtual. Material de lectura, audios, videos, diapositivas. Foros. Mensajería interna.</p>	<p>Lunes 04/12/2017; Miércoles 06/12/2017; Lunes 11/12/2017 y Miércoles 13/12/2017.</p>	<p>Ocho (8) horas teóricas-prácticas presenciales. Cuatro (4) horas teóricas-prácticas en entorno virtual.</p>	<p>Dr. Amílcar Marchán</p>

**Fuente:** Elaboración Propia (2018).

## FASE VI EJECUCIÓN

“Muchas veces una idea no muy buena, pero realizada con tenacidad, da buenos resultados; pero la más hermosa de las concepciones sin ejecución no lleva a ningún resultado” (Juan Domingo Perón, 1895-1974).

El plan de estrategias expuesto en la fase anterior, representado en un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, se ejecutó en un período de ocho (8) semanas, comenzando el lunes veintitrés de octubre de dos mil dieciocho, hasta el día miércoles veintitrés de diciembre del mismo año. De dieciséis (16) encuentros presenciales planificados, se realizaron trece (13) clases, las tres que no se dieron, fueron por causas justificadas, básicamente relacionadas con las múltiples ocupaciones que ejercen los facilitadores que nos colaboraron para dictar las unidades.

Precisamente, en este capítulo relataremos todas las acciones desarrolladas durante la ejecución de este plan, además de algunas incidencias que consideramos relevantes, a través, de la sistematización de los registros de observación. Asimismo, siguiendo el procedimiento de codificación abierta, axial y selectiva sobre la base de los datos contenidos en los registros de observación, analizaremos y sintetizaremos los datos obtenidos.

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 23 de octubre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:30 pm – 7:30 pm

### Tabla 15

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA UNO de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
482	Era el primer día del programa y yo estaba muy nervioso y sumamente ansioso. <i>El Dr., Carlos Díaz,</i>	Puntualidad del
483		

484	<i>facilitador del módulo, llegó con puntualidad.</i> A quince	Formador
485	minutos para las 5:00 horas de la tarde ya estaba en el	
486	área de postgrado. <i>No así mis actores sociales</i> y los	Impuntualidad
487	participantes inscritos para cursar el programa de	de los
488	ampliación de conocimientos, <i>quienes comenzaron a</i>	participantes
489	<i>llegar pasadas las cinco de la tarde.</i> Los primeros en	
490	llegar fueron dos funcionarios de la policía estatal	
491	quienes se inscribieron en el curso como participantes,	
492	La primera clase se dio en el salón de conferencias, pues	Modalidad
493	allí se tenía acceso a internet y <i>se necesitaba mostrar a</i>	semipresencial
494	<i>los participantes el aula virtual,</i> cómo ingresar en ella y	
495	las generalidades del entorno interactivo. El primero de	
496	mis actores sociales en llegar fue MÉDICO-2 y en ese	
497	momento sentí un grato alivio. Decidimos esperar hasta	
498	las 5:30 horas de la tarde para dar inicio a la primera	
499	clase. Fue el <i>Dr., Gustavo Jaime, Coordinador del área</i>	
500	<i>de postgrado</i> quien leyó una breve reseña curricular de	Bienvenida
501	nuestro formador, <i>dándole la bienvenida,</i> agradeciendo	
502	a los presentes por haberse inscrito en el curso e	
503	invitándoles a sacar el mayor provecho. Hecha la	
504	presentación y cuando el facilitador comenzaba a	
505	realizar su presentación, hicieron su entrada al recinto	
506	los actores sociales MÉDICO-1, MÉDICO-3 y	
507	MÉDICO-4, quienes se disculparon por la demora.	
508	Hubo una dinámica de presentación, donde el facilitador	
509	quiso <i>escuchar las expectativas de cada participante</i> y	Expectativas
510	siendo las 6:10 horas de la tarde, llegó el actor social	
511	MÉDICO-5. El facilitador hizo una breve explicación de	
512	los <i>contenidos que se explicarían en esta primera</i>	Contenido
513	<i>unidad,</i> afirmando que sería un curso bastante intensivo,	Programático
514	pues resultaba mucho contenido que discutir, para tan	
515	poco tiempo. Pero que entendía por qué este curso se	
516	apoyaba en la virtualidad, pues así se complementaría lo	Estrategias de
517	que no se podía explicar durante la clase presencial.	enseñanza-
518	Asimismo, <i>explicó las estrategias de enseñanza-</i>	aprendizaje
519	<i>aprendizaje que se aplicarían durante las clases</i>	
520	<i>presenciales.</i> Evidenció <i>mucha emoción y grandes</i>	
521	<i>expectativas</i> no solo en mis actores sociales, sino en la	Emoción
522	totalidad de los participantes que se inscribieron en el	
523	curso. Culminó la primera clase siendo las 7:30 horas de	
524	la noche, indicando el facilitador que en los próximos	
525	encuentros saldríamos un poco más tarde.	

Fuente: Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Aula 6 del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 25 de octubre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:00 pm – 8:00 pm

**Tabla 16**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DOS de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
526	El Dr. <i>Carlos Díaz, facilitador del módulo Deontología</i>	Puntualidad
527	<i>y Bioética, llegó temprano al área de postgrado.</i> Los	
528	dos policías también estuvieron a tiempo. Mi actor	
529	social MÉDICO-2 llegó a las 5:15 minutos de la tarde,	
530	ésta indicó que había ingresado satisfactoriamente al	
531	aula virtual. <i>Hoy se incorporaron al curso dos</i>	
532	<i>estudiantes de Derecho</i> que no asistieron el día lunes.	Nuevos
533	En este segundo día de clases, nos cambiaron de aula,	participantes
534	pues la vez anterior estuvimos en el auditorio de	
535	postgrado. Vimos clases en el aula número 6. Mi actor	
536	social MÉDICO-1, llegó a las 5:25 minutos de la tarde.	
537	El facilitador comenzó hablando sobre <i>Deontología</i>	Deontología
538	<i>Médica y el Juramento Hipocrático. Comenzó el tema</i>	Médica
539	<i>de la relación médico-paciente</i> haciendo una lluvia de	
540	ideas por grupos. Formó tres grupos y pidió ideas con	
541	respecto al tema. MÉDICO-1 dijo que el paciente tiene	
542	derecho a que si no quiere que se diga qué enfermedad	
543	tiene, el médico debe guardarle el secreto. En este punto	
544	el debate comienza a tornarse interesante. El actor social	
545	MÉDICO-4 dijo que <i>debe existir una tríada: Médico-</i>	Tríada: Médico,
546	<i>Paciente-Sociedad.</i> El debate comienza a ser más	paciente y
547	interesante aún, con los aportes de los estudiantes de	sociedad
548	derecho y de MÉDICO-5. MÉDICO-3 se mantiene	
549	retraído. En este punto intervino MÉDICO-2, quien	
550	señaló que, aunque se hable de una <i>“relación</i>	Relación
551	<i>contractual”, esa relación debe ser “un servicio”.</i> Se	Contractual
552	pregunta: ¿Cómo el médico no va a ser un autómeta? Si	
553	en promedio un médico atiende un promedio de sesenta	
554	pacientes a diario. El facilitador Carlos Díaz señaló algo	
555	muy importante: “El médico no piensa en la parte legal	
556	de la Medicina. Uno se acuerda de ello es cuando se	
557	presenta un caso y viene el Ministerio Público”. Los	
558	cinco actores sociales asintieron y estuvieron de acuerdo	
559	con la afirmación del facilitador. El doctor Carlos señaló	
560	que se debe tratar al paciente como a un familiar.	
561	Estamos en <i>una lucha por implementar la Atención</i>	Atención

<p>562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605</p>	<p><i>Primaria de Salud</i> que no es el ambulatorio, sino el hogar. Primero hay que crear empatía con el paciente, rapport. El 80% del tratamiento es la fe que el paciente le tiene al remedio (el placebo). Los participantes volvieron a sonreír cuando MÉDICO-4 dijo que el médico <i>debe dejar a un lado los tecnicismos</i> para hablarle a los pacientes, por ejemplo, en lugar de decirle a un paciente que padece de una “rino faringitis aguda”, perfectamente puede decirle que tiene gripe. El profesor Carlos Díaz señaló: <i>“Vemos al paciente como un ente biológico y no como un ente social”</i>. Los participantes sonrieron cuando el facilitador habló del paciente hipocondríaco. Es aquél paciente que escuchó que alguien tiene una enfermedad y va al médico porque piensa que tiene lo mismo. Son las 6:30pm y el facilitador habla mientras los participantes se muestran interesados. Termina su exposición sobre la relación médico-paciente y abre el debate. <i>Comienza hablando MÉDICO-2 sobre Mala Praxis</i>. Interviene MÉDICO-1. Se está discutiendo sobre entubar y reanimación cardiopulmonar de un paciente. Afirman que en ese momento el médico no piensa en las consecuencias jurídicas de su actuación, sino en salvarle la vida al paciente. En este punto, una abogada que ejerce como Fiscal del Ministerio Público, contó el caso de mala praxis de un niño de siete (7) días de nacido, el cual se encontraba presuntamente “edematizado”, de acuerdo a los dichos del doctor Carlos Díaz, a quien presuntamente no le dejaron que se acercara su madre y que un día, a las dos de la madrugada, simplemente murió. Aquí intervino MÉDICO-2 y dijo que la madre tuvo que estar con él, para amamantarlo. Según la fiscal nació con una dificultad respiratoria. Habló MÉDICO-4 y ratificó que es extraño que no hayan dejado a la madre amamantar al bebé. “Esa muerte se discute en un comité, grave error que hoy el sistema no permite que los familiares entren a esa discusión”. <i>Introduce los conceptos de “sufrimiento fetal” versus “intranquilidad fetal”, esto para darle una sensación de tranquilidad a la madre. Es en un “Comité de muerte materno-infantil”</i> en que se hace la discusión de esa muerte. Yo pregunté: ¿Se deja algún registro de esa discusión? ¿Solo se hace un informe? ¿se le da copia de ese informe a los familiares? Me respondieron que sí se deja un registro;</p>	<p>Primaria de Salud</p> <p>Tecnicismos Médicos</p> <p>Ente biológico-social</p> <p>Mala praxis</p> <p>Muerte materno-infantil</p>
--	---	--

606	se hace un informe y se envía al Ministerio de Salud en	
607	Caracas; y si es posible, se entrega una copia de ese	
608	informe al Ministerio Público o cualquier órgano del	
609	Estado que lo requiera. Pero no a los familiares. Entre el	
610	MÉDICO-4 y el facilitador Carlos Díaz, señalaron que	Comité de Ética
611	en un hospital <u>deberían existir tres Comités: Un Comité</u>	Hospitalaria
612	<u>de Ética Hospitalaria; un Comité de Infecciones</u>	Comité de
613	<u>Hospitalarias o Nosocomiales y un Comité de Muerte</u>	Infecciones
614	<u>Materno Infantil.</u> En el hospital general de San Carlos,	Hospitalarias
615	solo hay un Comité de Muerte Materno-Infantil. El	Comité de
616	facilitador Carlos dictó el contenido a analizar en la	Muerte
617	siguiente clase. Luego la fiscal tocó el tema de una	Materno-Infantil
618	señora que llegó golpeada al hospital y no fue atendida.	
619	MÉDICO-2 le respondió que eso depende del servicio y	
620	lo que diga el jefe del servicio; el especialista que esté	
621	de guardia. Uno de los policías señaló: “Es un error que	
622	tenemos los funcionarios policiales, victimizamos a las	
623	víctimas”. La fiscal responde: “ <u>Ese informe de ese</u>	Informe médico-
624	<u>médico del hospital es de igual valor probatorio que</u>	forense
625	<u>uno expedido por un médico forense”.</u> Culmina la clase	
626	siendo las 8:00 horas de la noche.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 30 de octubre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:25 pm – 8:00 pm

**Tabla 17**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA TRES de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
627	<u>Siendo las 5:25 horas de la tarde,</u> el facilitador Carlos	
628	Díaz está dando inicio a la clase de hoy, con apenas	Participación
629	nueve participantes. Está dando un repaso de la clase	
630	anterior. Llovió. Asumió que la <u>poca afluencia de</u>	
631	<u>participantes se debe a la lluvia.</u> A esta hora han llegado	
632	tres de mis actores sociales: MÉDICO-2, MÉDICO-4 y	
633	MÉDICO-5. El facilitador Carlos comienza haciendo	
634	interrogantes: <u>¿Qué es el secreto médico?</u> Responde	Secreto Médico
635	MÉDICO-2: Es el nivel de confianza entre médico-	
636	paciente. Tiene que ver con la moral. Obligación ética	
637	que tiene el médico de divulgar la información que le	
638	sea confiada al médico. Interviene MÉDICO-4. Dijo que	

<p>639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682</p>	<p>en materia de donación de órganos no está muy claro el asunto legal en Venezuela. El doctor Carlos afirma que el secreto médico se mantiene aún después del fallecimiento del paciente. Continúa con las preguntas generadoras: <u>¿Quiénes forman parte del secreto médico?</u> Durante el debate los participantes señalan que forman parte el médico, el paciente y todo el equipo que acompaña en el establecimiento de salud (enfermaras, camilleros, personal de limpieza). ¿Cuándo fallamos en el secreto médico? Responde MÉDICO-4: Cuando divulgamos una información en un sitio indebido, porque en una reunión médica sí se puede decir, salvando el nombre. <u>En este punto comentó la imprudencia de señalar a alguien como VIH positivo. O cuando no se es especialista y se pone a hablar de temas que desconoce.</u> MÉDICO-2 comentó que existe un caso de un reconocido especialista que trató un caso sobre áscaras lumbricoides, mostró el video. Hubo un comité y le dieron una jubilación rápida, expedita, para sacarlo del servicio. El facilitador Carlos Díaz señaló que uno a veces <u>en reuniones familiares comenta cosas de las que ocurren en la consulta, eso es un error</u>, de uno como médico. Una participante hace un planteamiento sobre “Secreto Médico y Redes Sociales”. Senos, cirugía, antes y después. MÉDICO-2 señala que, si el paciente firma el <u>consentimiento informado</u>, no hay problema. Se dice que en Youtube hay videos de partos y diversos procedimientos quirúrgicos, donde se puede ver la cara de los pacientes y todo. Se insiste en que, <u>si se firma el consentimiento informado</u>, no hay problema con ello. MÉDICO-4 aclara que puede ser con fines académicos e investigativos. ¿Qué tipos de Secreto Médico puede existir? Pregunta el facilitador. MÉDICO-5 señala que hay un <u>consentimiento absoluto y otro relativo</u>. En el absoluto el médico queda obligado a no revelar nada del diagnóstico del paciente. Mientras que en el relativo se le permite revelar algunas cosas. El facilitador explica que también existe un secreto médico natural, prometido y confiado. El secreto natural es “independiente de todo contrato”. El secreto prometido nace de un contrato que promete guardar secreto. El secreto confiado emana de una promesa expresa o tácita a guardar silencio. <u>En este punto el MÉDICO-4 hace una relación entre los periodistas y los epidemiólogos.</u> ¿Cuántas muertes hubo</p>	<p>Imprudencia Médica</p> <p>Consentimiento Informado</p>
--	--	---

<p>683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726</p>	<p><i>en relación a tal brote epidemiológico?</i> Difteria, por ejemplo. Se amparan en que todos tenemos derecho a conocer las estadísticas. Si el Ministerio no lo autoriza, no se puede/debe revelar la información. El facilitador Carlos aclara que eso se encuentra arropado por el secreto profesional. Una participante que es periodista de profesión, señala que ellos tratan de tranquilizar a los informantes: “Tranquilo, yo no voy a decir nada, no voy a revelar mi fuente”. El doctor Carlos, en este punto, introduce el concepto de “intimidad”. <u>¿Qué bienes jurídicos protege el secreto profesional?</u> Su infracción ¿Qué viola? MÉDICO-5 responde: La privacidad y la integridad de la persona. MÉDICO-2 señala: La confianza que el paciente le otorga a su médico. El doctor Carlos se pregunta: <u>¿Cuándo se justifica la revelación del secreto médico?</u> MÉDICO-4 responde: Durante un proceso judicial a petición de los órganos jurisdiccionales. También se justifica a petición del paciente. El doctor Carlos aclara que también se justifica por cuestiones epidemiológicas. Si algo es contagiable, existen enfermedades de notificación obligatoria. Otra participante señala que en el caso de un enajenado mental. El doctor Carlos aclara que sí, es de obligatoria notificación a los familiares, o si se trata de un menor de edad. Igual que la auscultación debe hacerse en presencia de un familiar. En este punto MÉDICO-4 compartió la historia de una paciente de 15 años de edad con VPH, quien <u>ameritaba una citología</u>, pero andaba sola, él le dijo que debía venir en otro momento y acompañada de un representante. <u>El doctor Carlos precisa que es necesario apoyarse en el personal de salud (otros médicos, enfermeras)</u>. MÉDICO-4 señaló que las enfermeras, a diferencia de los médicos, sí tienen un Comité de Ética y Disciplina. El doctor Carlos precisó el caso del presidente francés que demandó a su médico de cabecera por divulgar que tenía <u>cáncer</u>. MÉDICO-4 señala que la <u>Ley del Ejercicio de la Medicina</u> señala que la obligación de guardar el secreto médico es igual para estudiantes y personal auxiliar. MÉDICO-5 expresa su sorpresa pues desconocía tal <u>información</u>. El doctor Carlos Díaz que <u>“nos hemos olvidado de la parte clínica, de la semiología</u>, porque vemos exámenes y no pacientes”. Expone MÉDICO-2: “A veces llega a la consulta una mamá con tres</p>	<p>Epidemiología</p> <p>Bienes Jurídicos Protegidos</p> <p>Casos en que se justifica la revelación del Secreto Médico</p> <p>Apoyo en el personal de salud</p> <p>Ley del Ejercicio de la Medicina</p> <p>Semiología</p>
--	--	--

727	exámenes y deja a los niños en la casa”. MÉDICO-4	
728	expone: “O las pretendidas consultas por WhatsApp”.	
729	Yo pregunté que qué era eso de la semiología, para	
730	aquellos que no somos médicos. <u>MÉDICO-5 explicó que</u>	
731	<u>la semiología es algo más avanzado en la relación</u>	
732	<u>médico-paciente</u> , es ponerte tú en el lugar de él, es una	
733	inflexión, es cuantificar signos vitales. MÉDICO-2	
734	señala que es el procedimiento que realiza el médico	
735	desde que el paciente entra a la consulta, incluye la	
736	palpación, los exámenes, la conducta a seguir, el	
737	diagnóstico y el tratamiento. <u>El doctor Carlos</u>	
738	<u>complementa al señalar que semiología parte del</u>	
739	<u>interrogatorio, la inspección, palpación, percusión y</u>	
740	<u>auscultación, toda una serie de procedimientos</u> . El	
741	doctor Carlos señala que se debe tener una calidad en la	
742	atención médica con oportunidad, mediante la	
743	formación médica continua. MÉDICO-2 insiste en que	
744	el secreto médico abarca a todos los inmersos en el <u>acto</u>	Acto Médico
745	<u>médico</u> . MÉDICO-4 precisa que los estudiantes deben	
746	aprender bajo la tutoría del médico-docente. El paciente	
747	puede pedirle al médico que retire a los estudiantes	
748	durante el <u>acto médico</u> y éste decidirá si los retira o no;	
749	eso ha ocurrido, afirma. Cuenta que también puede	
750	ocurrir el caso de un médico que trabaje en determinado	
751	establecimiento de salud, <u>llega a otro lado pidiendo la</u>	Historia Clínica
752	<u>historia clínica de un paciente</u> , éste no debería tener	
753	acceso a ella; paga los platos rotos el estudiante de	
754	medicina. También habló de la <u>cadena epidemiológica</u>	
755	<u>de una persona infectada con alguna ITS</u> . Contó de una	Cadena Epidemiológica
756	enfermera que se fue hasta la comunidad buscando la	
757	<u>cadena epidemiológica de un paciente</u> , buscando,	
758	averiguando sobre sus compañeros sexuales. 8:00 horas	
759	de la noche, termina la exposición del doctor Carlos	
760	Díaz. Interviene MÉDICO-4 leyendo los Consejos de	Consejos de Esculapio
761	Esculapio. El doctor Carlos dividió el grupo en equipos	
762	de trabajo y le asigna los puntos para una micro clase	
763	participativa en el próximo encuentro.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 01 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:20 pm – 8:00 pm



<p>804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847</p>	<p>de bolívares por su consulta privada (pediatría, por ejemplo), <u>pero el Colegio de Médicos le dice que no, que lo máximo que puede cobrar son 25mil bs.</u> MÉDICO-4 está siendo muy profundo en el tema de las especialidades. No deja participar a MÉDICO-2. Interviene el doctor Carlos, entre otras cosas, dice que el médico manda a hacer unos exámenes y pretende cobrar la siguiente consulta solo por verle los exámenes al paciente. El Grupo 3, conformado, entre otros, por MÉDICO-1 y MÉDICO-3, comienza señalando que van a desarrollar el tema a través de preguntas generadoras, sin diapositivas. Entre otras cosas, afirman que muchas veces las personas, entre sí, se aconsejan buscar a otro médico, porque este es un ladrón, por cobrar muy caro. Interviene MÉDICO-2, afirma que es médico integral comunitario, especialista en MGI. Precisa que de los artículos 37 al 45 de la Ley se establecen diferencias entre lo público y lo privado en cuanto a la determinación de honorarios. Habla MÉDICO-1, afirma que en el <u>ejercicio profesional no debe importar la raza o el estatus socio-económico para la atención de un paciente</u>, sea que la atención se produzca en un establecimiento de salud pública o en una consulta privada. Afirma que <u>no se puede/debe cobrar por un servicio dentro de una institución pública de salud</u>. En la parte privada sí van a variar los honorarios profesionales, pero se llega a un consenso entre especialistas para fijar un monto estándar. Sin embargo, afirma que existen procedimientos especiales, como los linfomas, que tienen un precio especial. En una clínica los honorarios profesionales dependen de la misma institución privada, porque ahí va incluido el costo por hospitalización, insumos médicos, honorarios del médico, anestesiólogo, instrumentista, entre otros servicios. Afirma que: “A veces se olvidan que uno también es un ser humano”. “El paciente se molesta cuando uno le manda a comprar algo que se encuentra en el hospital”. “En este momento hay muchas complicaciones por falta de antibióticos”. “el malo de la partida es uno el médico”. <u>Las clínicas tienen sus propios reglamentos internos</u>. El doctor Carlos pregunta: ¿Esos honorarios profesionales incluyen IVA? MÉDICO-1 respondió: sí. <u>La parte clínica te quita el IVA en tus honorarios profesionales</u>. Pero los</p>	<p>Colegio de Médicos</p> <p>Derecho humano sin discriminación</p> <p>Gratuidad del servicio</p> <p>Clínicas Privadas</p>
--	---	---

848	Honorarios Profesionales en Consulta no generan IVA.	Usura en el servicio médico privado
849	Un participante pregunta: “¿Hay conflictos entre	
850	clínicas y Médicos por honorarios profesionales?”	
851	MÉDICO-3 responde: <u>“La clínica te impone el</u>	
852	<u>Honorario Profesional y te retiene un porcentaje.</u>	
853	<u>Usualmente cobran de más para que esa retención la</u>	
854	<u>soporte el usuario del servicio; y no uno como médico”.</u>	
855	El equipo coloca un video muy emotivo para cerrar,	
856	pero hubo problemas con el audio. Termina el doctor	
857	Carlos Díaz siendo las 7:45 de la noche y comienza la	
858	profesora Yelitza Lara explicando sobre el aula virtual.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 06 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:30 pm – 8:00 pm

**Tabla 19**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA CINCO de la segunda unidad, Derecho Médico.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
859	Siendo las 5:30pm, comienza la clase de la doctora	Participación
860	Emilia Lugo, el módulo de Derecho Médico, <u>con apenas</u>	
861	<u>siete participantes, incluyendo a MÉDICO-2, MÉDICO-</u>	
862	<u>4 y MÉDICO-5.</u> La doctora Emilia comienza explicando	
863	los contenidos del módulo o unidad. Los participantes	
864	observan, guardan silencio. 5:40pm llegan otros	
865	participantes. La doctora Emilia pregunta cómo les va	
866	en la plataforma. Responde MÉDICO-4: “Excelente.	
867	Todo muy rápido”. Alabó la disposición del aula virtual	
868	y los contenidos. 5:45pm llegan MÉDICO-1 y	
869	MÉDICO-3. La doctora Emilia está explicando cómo	Derecho Médico
870	hacer el micro-foro. Comienza haciendo una pregunta	
871	generadora: <u>¿Qué es eso del Derecho Médico? Agrupa a</u>	
872	<u>los participantes y los pone a sacar una definición. Por</u>	
873	<u>grupos los participantes discuten. 6:05pm termina la</u>	
874	<u>discusión. Comienza la socialización. MÉDICO-1 y</u>	
875	<u>MÉDICO-3 señalan que es una rama del Derecho.</u>	
876	<u>Luego que cada grupo expuso una aproximación a su</u>	
877	<u>concepto,</u> la doctora Emilia expone y analiza uno a uno	
878	los elementos del concepto dado por ella, en la	
879	presentación en powerpoint que preparó. Explica, lee y	
880	discute las características del Derecho Médico. En este	

<p>881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924</p>	<p>estado habla MÉDICO-4 sobre sobre los postgrados universitarios, hospitalarios y los de los Colegios de Médicos. Habla de llenar una planilla de morbilidad. <u>Emilia comenta que eso de dar reposo es complicado.</u> De seis meses a dos años es la pena si se demuestra que se expidió un reposo falso. La doctora Emilia cuenta que ella, <u>particularmente, puede dar un reposo, pero su sello dice: VIH – ITS, si quieres, así te va a salir el reposo (la gente ríe).</u> Se discute que un médico anesthesiólogo no puede atender a dos pacientes a la vez. Esto ocurre solo con el anesthesiólogo. Toma el derecho de palabra MÉDICO-2, dice que aquí <u>en el Estado no hay Comité de Bioética. La doctora Emilia dice que ella intentó constituir el Comité cuando fue directora del Hospital Egor Nucete de San Carlos.</u> Se comienza a discutir sobre el tema de los <u>testigos de jehová y la transfusión de sangre, plasma u órganos a los pacientes.</u> 6:55pm Llegan dos participantes más. Una de las participantes cuenta que en su familia son <u>testigos de jehová.</u> La doctora Emilia le indica que a ella y a su grupo le va a tocar explicar ese contenido en los microforos. Se habla de la Erito-Proyectina, que es una hormona estimulante de la producción de glóbulos rojos, para evitar la transfusión. Se torna interesante el debate. Uno de los policías señala: <u>“El médico no le va a preguntar la religión al paciente cuando le toque atenderlo”.</u> La fiscal aclara que los fiscales no se meten eso. Otro policía precisa que, si hay un accidente en la calle, no hay un familiar cercano del herido y el médico le transfunde sangre. MÉDICO-4 aclara que un amigo suyo se tuvo que ir del país, precisamente porque le ocurrió eso. Un participante toma el derecho de palabra y hace una efusiva intervención. Se auto-interroga: “¿En dónde está establecido eso de que una persona se quiera morir o no?” Se reanuda un debate sobre el tema. Una de las estudiantes de derecho precisa que, si partimos desde la Constitución Nacional, ahí está consagrado el libre albedrío. Se torna muy bueno el debate sobre <u>transfusión y derecho a la vida.</u> La doctora Emilia continúa leyendo y explicando las diapositivas. Ahora lee sobre las fuentes del Derecho Médico. MÉDICO-1 precisa que <u>hacer un mal gesto también es iatrogenia.</u> Una estudiante de derecho pregunta “¿Qué abarca la iatrogenia? ¿Es igual a dispraxis?”. Yo le aclaré que</p>	<p>Reposos Médicos</p> <p>Comité de Bioética</p> <p>Transfusión de Sangre y Religión</p> <p>Iatrogenia</p>
--	---	--

925	<u>para un médico iatrogenia equivale a lo que a un</u>	
926	<u>Abogado la culpa médica</u> (imprudencia, impericia,	
927	negligencia o inobservancia de una ley o un	
928	reglamento). MÉDICO-4 habla de pre-eclancia y	
929	eclancia; de encefalopatía hipóxica, paciente en Unidad	
930	de Cuidados Intensivos (UCI). Para finalizar la clase, la	
931	doctora Emilia formó grupos con una dinámica de	
932	animales, para la actividad de la clase siguiente.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 08 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 5:50 pm – 8:00 pm

**Tabla 20**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA SEIS de la segunda unidad, Derecho Médico.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
933	5:50pm y empieza la clase con solo siete participantes.	
934	La doctora Emilia da las orientaciones de cómo hacer el	
935	mapa mental/conceptual. Debido a la poca afluencia de	
936	participantes, forma dos grupos. En un principio, el	
937	grupo uno estuvo conformado, entre otros participantes,	
938	por MÉDICO-2 y MÉDICO-5. Y el grupo dos, entre	
939	otros participantes, por MÉDICO-1, MÉDICO-3 y	
940	MÉDICO-4. A las 5:55pm llegaron dos de los policías.	
941	Los participantes estuvieron hasta las 7:30 de la noche	
942	trabajando en la <u>construcción colaborativa de sus</u>	
943	<u>mapas mentales/conceptuales</u> , los cuales son expuestos	
944	en la pizarra. Comienza hablando una estudiante de	Usuarios en lugar
945	Derecho. MÉDICO-4 toma el derecho de palabra y	de pacientes
946	señala que <u>ya no se habla de pacientes sino de usuarios</u> .	
947	Señala que la relación Médico-Paciente es un acuerdo	
948	expreso o tácito entre ambos sujetos. La voluntad del	
949	paciente no está por encima del <u>derecho a la salud</u> del	Derecho a la
950	paciente. Contó el caso de una paciente que se dializaba	salud
951	pero que ya no quería dializarse, porque alegaba que	
952	todas las máquinas estaban contaminadas por VIH. El	
953	Código Deontológico no penaliza, pero el Código Penal	
954	sí establece penas siempre que el paciente fallezca.	
955	Define salud como: “el completo estado de...”. Precisa	
956	que hay <u>aspectos contractuales y extracontractuales en</u>	
957	<u>la relación médico-paciente</u> , sin embargo, es una	

<p>958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001</p>	<p>relación horizontal. Ambos tienen derechos y obligaciones. Expone el siguiente grupo. La doctora Emilia toma el derecho de palabra y precisa, por ejemplo, que un gineco-obstetra está atendiendo el embarazo de una paciente y se compromete a atender el parto. Pero para la fecha del parto, el médico decide irse a un congreso médico en otro país. Y deja a cargo a otro médico. <u>La paciente puede demandar al médico por abandono.</u> La doctora Emilia contó el caso de <i>pacientes VIH positivos</i> que mandan a otras personas “sanas” a tomarse una muestra de sangre, con su nombre, para que en el resultado del examen no salga <u>VIH positivo</u>. MÉDICO-1 precisa que existen pacientes <i>VIH positivos</i> que no aceptan su enfermedad. MÉDICO-2 cuenta que hubo un paciente que ocultó su enfermedad y quisieron demandar por difamación. Personal de salud que se pincha es uno el que queda con ese problema. Expone MÉDICO-3: <u>Huelga Médica es un acto o un proceso que se realiza con el objeto de llamar la atención del Patrono</u> con el propósito de obtener un derecho o un beneficio. Se debe realizar una reunión en “equis” institución, pública o privada y el Colegio de Médicos da la autorización. Bajo ninguna circunstancia se puede retirar al personal médico del establecimiento. <u>Todos los servicios de la emergencia se deben garantizar a pesar de la huelga.</u> Lo que usualmente se reclama es insumos, salarios o servicios esenciales. MÉDICO-4 indica que se reúnen los servicios, si no hay consenso, es que se va o se acude al Colegio de Médicos. Se llaman a Asambleas. Si no va un 60% del gremio médico, entonces no hay quorum, no puede haber asamblea. Y se convoca a otra asamblea. Se fija una hora y una fecha. La emergencia no se abandona. Si llega una emergencia, se debe atender. Los familiares del paciente pueden ejercer acciones legales en contra de esos médicos. Y hasta pueden ser destituidos. <u>Si no se llega a un acuerdo, se puede convocar a un nuevo día de huelga,</u> no se puede abandonar al paciente que está en piso (en alguno de los servicios). La doctora Emilia habla del artículo 496 de la LOTT. Precisa que es obligatorio para todo médico atender accidentes, atender urgencias y enfermos graves. MÉDICO-4 afirma: <u>Igual se trabaja. Contó que hace unos meses hubo una huelga médica en el hospital de San Carlos</u> y básicamente se pararon los</p>	<p>Aspectos contractuales y extracontractuales</p> <p>Pacientes VIH positivos</p> <p>Huelga Médica</p>
--	---	--

1002	médicos de artículo 8. MÉDICO-3 afirma que ellos no	Consentimiento Informado
1002	cumplieron los pasos, no fueron apoyados por el	
1003	Colegio de Médicos, por eso fue que hubo	
1004	consecuencias jurídicas. No se llamó a una Asamblea.	
1005	<i>Los médicos solitos decidieron ir a huelga.</i> No estaban	
1006	asesorados legalmente. Ahora la doctora Emilia habla	
1007	del artículo 498 de la LOTT. MÉDICO-3 afirma que	
1008	no se debe parar nunca, ni la terapia intensiva. La	
1009	doctora Emilia toma el derecho de palabra y explica que	
1010	el <u>consentimiento informado debe hacerse con palabras</u>	
1011	<u>entendibles y comprensibles al paciente.</u> Requisito sine	
1012	qua non se necesita el apoyo del Colegio de Médicos	
1013	para que la huelga sea válida. Concluye la clase faltando	
1014	un par de minutos para las ocho de la noche.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 13 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:00 pm – 7:30 pm

**Tabla 21**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA SIETE de la segunda unidad, Derecho Médico.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1015	Seis en punto de la tarde e inicia la clase. Se cumplió	Falta de preparación
1016	con la actividad tal cual fue prevista por parte de la	
1017	profesora Emilia Lugo. <i>La estrategia didáctica por</i>	
1018	<i>parte de MÉDICO-5 Y MÉDICO-3, a base de preguntas</i>	
1019	<i>y respuestas, fue horrible. Resulta evidente que no se</i>	
1020	<i>reunieron para preparar la actividad.</i> Se emplearon	
1021	términos erróneos como “pagado prisión”, “libre de toda	
1022	culpa”, “menores de edad”. Uno de los policías	
1023	preguntó: “¿Hay consentimiento para enfermeras?”.	
1024	MÉDICO-2 responde que <i>la enfermera no está</i>	
1025	<i>autorizada para dar información sobre las condiciones</i>	
1026	<i>y tratamientos médicos.</i> La enfermera solo debe cumplir	
1027	con las indicaciones médicas. MÉDICO-4 contó que un	
1028	enfermero fue quien les dijo a los familiares de Yudexzi	
1029	que no dejaran que la dieran de alta, porque si salía del	
1030	hospital, se iba a morir. Emilia contó de un paciente que	Anestesiólogo
1031	<i>murió por la anestesia</i> de un odontólogo. También pasa	
1032	que un paciente lo duermen confiado en que lo va a	
1033	operar un médico y lo termina operando otro médico.	
1034	MÉDICO-4 comenta que las heridas por armas de fuego	

1035	siempre tienen relevancia médico-legal. Comenta de un	Junta Médica
1036	caso donde hubo lesiones cardiovasculares, no hay	
1037	cirujano cardiovascular de miembros, es necesario	
1038	amputarle una pierna, el paciente no quiere firmar el	
1039	consentimiento, los familiares tampoco, ¿Qué debe	
1040	hacerse? La doctora Emilia asegura que quienes llegan	
1041	heridos al hospital, no son precisamente unos “niños	
1042	Jesús”. Afirma que en Venezuela no se toma en cuenta,	
1043	a diferencia de Argentina y España. MÉDICO-4:	
1044	Además de la junta, lo ideal es que haya un comité de	
1045	bioética o ética hospitalaria. En su ausencia, se debería	
1046	levantar el consentimiento informado <u>firmando los</u>	
1047	<u>integrantes de la Junta Médica</u> . Se terminó la clase	
1048	temprano, pues se compartió una torta debido al	
1049	cumpleaños de uno de los integrantes del GIAP.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 15 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:00 pm – 8:00 pm

**Tabla 22**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA OCHO de la segunda unidad, Derecho Médico.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1050	Siendo las 6:00 de la tarde, comenzaron su exposición	Criterio Jurisprudencial sobre transfusiones de sangre
1051	los integrantes del siguiente equipo. MÉDICO-2 señala	
1052	que, en la <u>jurisprudencia, existe una sentencia de la</u>	
1053	<u>Sala Constitucional</u> que fija una postura; y es que la	
1054	vida está por encima del derecho a la creencia particular,	
1055	el caso <u>de una adolescente Testigo de Jehová</u> .	
1056	MÉDICO-4 asegura que en las cirugías electivas la	
1057	gente lleva su carnet de testigo de jehová, pero si se	
1058	necesitan los hemoderivados, si se necesita la sangre, se	
1059	la colocan. La profesora Emilia afirma: “que busquen al	
1060	fiscal”. MÉDICO-3 afirma que tuvo conocimiento de un	
1061	caso donde se tuvo que llamar a un fiscal por un niño	
1062	que requirió ser transfundido. MÉDICO-1 dice: “En un	
1063	dengue con signos de alarma, antes dengue	
1064	hemorrágico, dengue sin hemorragias; se puede llegar a	
1065	sangrar por la nariz, por los oídos. A una mujer puede	
1066	bajarle el período, le bajan las plaquetas, se le trasfunde.	
1067	¿Se debe mejorar la Ley en este tema?”. Expone el	
1068	grupo conformado por MÉDICO-1 y MÉDICO-4.	

1069	MÉDICO-1 afirma: “Debe haber respeto con el	Confianza entre
1070	paciente, hablar el mismo idioma, así sea analfabeta. La	
1071	idea es crear <u>confianza entre el médico y el paciente</u> .	Historia Clínica
1072	Los viejitos del campo no se dejan examinar con	
1073	mujeres”. MÉDICO-4 asegura: “A la mujer de la cintura	
1074	para abajo no se le debe creer”; “la gente jamás	
1075	reconoce que consume estupefacientes”. MÉDICO-2:	
1076	<u>“Es la única evidencia física que hay en la relación</u>	
1077	<u>médico-paciente. Es la evidencia para la actuación</u>	
1078	<u>médico-legal”</u> . Uno de los abogados pregunta: “¿Y no	
1079	dejan copias? Tampoco tiene derecho a revisar la	
1080	historia. ¿Y el habeas data? Artículo 28 de la CNRBV”.	
1081	La fiscal afirma: “El fiscal solicita, el Juez autoriza. Sin	
1082	embargo, el fiscal no se puede llevar la Historia	
1083	Clínica”. La doctora Emilia dice que “cuando hay un	
1084	cangrejo, se debe pedir la autorización”. Una	
1085	participante pregunta: <u>“¿Cuál es el procedimiento para</u>	
1086	<u>eliminar la historia clínica?”</u> . MÉDICO-1 le responde:	
1087	“No se elimina. Aunque sea muy viejo el caso”.	

Fuente: Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 20 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:15 pm – 7:00 pm

**Tabla 23**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA NUEVE de la tercera unidad, Medicina Forense.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1088	Clase con el doctor José Agustín Ramírez. Médico	Organización y
1089	Forense. Llegó pasadas las seis de la tarde. Explica que	
1090	la <u>Medicina Forense es una rama de la Medicina</u> . El	Función del
1091	<u>Patólogo Forense hace autopsias macro y micro. El</u>	
1092	<u>médico legista solo hace autopsias macroscópicas. Por</u>	
1093	<u>decreto presidencial, se separan las funciones</u> . Antes el	
1094	CICPC tenían sus funcionarios, ahora están adscritos al	
1095	MPPRIJP. Allí se reciben lesionados, víctimas,	
1096	victimarios. Para hacer el examen físico o valoración,	
1097	tiene que ser bajo oficio, rendimos juramento. <u>La labor</u>	
1098	<u>nuestra no es acusar, sino que damos nuestro granito de</u>	
1099	<u>arena para absolver o condenar</u> . Habla de los <u>tipos de</u>	
1100	<u>experticia</u> : Tanatología Forense, Traumatología	
1101	Forense, Antropología Forense, Psiquiatría Forense,	

1102	Toxicología Forense, Obstetricia Forense. MÉDICO-3	Examen Toxicológico
1103	pregunta: “¿El <u>examen toxicológico</u> lo hacen ustedes?”.	
1104	El doctor Ramírez responde: “ <u>Depende, si es premorten</u>	
1105	<u>o postmorten</u> . En <u>premorten</u> , la enfermera toma	
1106	muestras y las mandan al laboratorio. Allí se ve si hubo	
1107	alcaloides u otras sustancias. Si es <u>postmorten</u> , si es	
1108	droga, quizás ni llegue al esófago. Al fiscal también los	
1109	ayudamos para aclarar los términos”. Explica los	
1110	conceptos “ <u>Autopsia Clínica</u> ” versus “ <u>Autopsia</u>	
1111	<u>Médico-Legal</u> ”. El Deber Ser es que el Médico Forense	
1112	vaya al levantamiento del cadáver. Fue una clase corta.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El día miércoles veintidós de noviembre de dos mil diecisiete (22/11/2017), no hubo clase presencial de la unidad Medicina Forense, por cuanto el doctor José Ramírez no puso asistir.

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 27 de noviembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:40 pm – 7:30 pm

**Tabla 24**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DIEZ de la tercera unidad, Medicina Forense.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1113	El doctor José Ramírez hoy habló de <u>Traumatología</u>	Traumatología Forense
1114	<u>Forense</u> . Empezó a las 6:40 horas de la tarde, con diez	
1115	participantes, aparte de su esposa. El doctor comenzó	
1116	preguntando <u>qué entienden los participantes por</u>	
1117	<u>traumatología</u> . Algunos respondieron, pero el profesor	
1118	pidió a los médicos que se abstuvieran de responder	
1119	ellos. El facilitador siguió definiendo él, con sus	
1120	diapositivas. Entre otras cosas, definió “contusiones” o	
1121	“trauma contuso”, es lo que comúnmente se conoce	
1122	como “morado”, el morado no es la contusión sino lo	
1123	que se hace con un objeto romo. Habló del	
1124	apergaminamiento. Afirmó que: “Muchas veces	
1125	confundimos equimosis con hematoma”. El doctor	
1126	Ramírez siguió explicando sobre <u>heridas por armas de</u>	
1127	<u>fuego</u> . Según la distancia, se clasifican en disparos de	
1128	contacto, cuando son de cero a dos centímetros.	
1129	Disparos de próximo contacto, cuando se producen de	

1130	dos a sesenta centímetros. Y disparos a una distancia de	
1131	más de sesenta centímetros. “A quemarropa” no es un	
1132	concepto médico-legal. Esto lo preguntó MÉDICO-4, a	
1133	quien no le gustó la respuesta del doctor Ramírez,	
1134	porque éste –a modo de chiste– le dijo que la diferencia	
1135	era “que en una quema la ropa y en otra no”. En algún	
1136	momento el doctor Ramírez mostró unas imágenes y	
1137	despertó el interés de los presentes. El facilitador mostró	
1138	una imagen. Otro de los funcionarios policiales dijo que	
1139	eso <u>parecía un hachazo</u> . MÉDICO-2 aclaró que eso era	Heridas por
1140	un rostro. Especificó que ahí se veía el ojo y al final les	arma blanca
1141	dijo: “ustedes son policías, deberían saber eso”. Conocer	
1142	qué es un <u>arma blanca</u> : Debe tener una punta, lomo y un	
1143	filo. Pueden ser heridas cortantes, punzantes. Luego, el	
1144	doctor Ramírez preguntó: “¿Qué entienden ustedes por	Diámetro de
1145	<u>diámetro de dispersión?</u> ” Y eso lo respondió el policía	dispersión
1146	que llegó tarde, al decir que se trata del círculo que se	
1147	forma mientras más lejos es el disparo de escopeta. El	Aspectos
1148	profesor prosiguió con la clase, hablando de los	médico-legales
1149	<u>aspectos médico-legales del homicidio, del suicidio</u> .	del homicidio y
1150	MÉDICO-4 preguntó: “ <u>Un médico acusado de lesiones,</u>	el suicidio
1151	<u>¿cómo sabe el forense si fue dispraxis?</u> ”. El profesor	
1152	Ramírez respondió: “El problema está en el curetaje; si	Prueba forense
1153	muere desangrado y hay un shock hipovolémico (falta	en caso de
1154	de sangre), sí hay denuncia. Se hace la autopsia a	dispraxis médica
1155	solicitud del familiar. Explica que, si hay la duda ante la	
1156	actuación médica, se va a un consejo médico-legal y se	
1157	solicita una autopsia. Finaliza diciendo que aquí en	
1158	Cojedes, mientras él ha estado de forense, no ha	
1159	ocurrido eso”. A las 7:10pm llegó uno de los	
1160	participantes, funcionario policial, quien está de	Compartir
1161	cumpleaños y se le llevó una torta para compartir	
1162	Terminamos temprano para cantar cumpleaños.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El día miércoles veintinueve de noviembre de dos mil diecisiete (29/11/2017), tampoco hubo clase presencial de la unidad Medicina Forense, por cuanto al doctor José Ramírez se le hizo imposible asistir.

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** lunes 04 de diciembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:00 pm – 7:30 pm

**Tabla 25**  
**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA ONCE**  
**de la cuarta unidad, Culpa Médica.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202	<p>Se inició el módulo Culpa Médica, con el doctor Amilcar Merchán. Fue muy <i>espléndido al presentarse</i>. A las 6:00 de la tarde llegó Amilcar. Empezamos con apenas cinco participantes. Comenzó a preguntarle uno a uno sobre sus <i>expectativas del curso</i>. Está explicando el <i>contenido</i>. Amilcar <i>considera que el punto uno, no solo debería enfocarse en la Responsabilidad Penal, sino también en la Responsabilidad Civil</i>. MÉDICO-2 precisa que “puede haber negligencia en piso, en emergencia”. MÉDICO-4 refiere que “operar es la actividad del médico”. A las 6:45 pm llegaron MÉDICO-5 y otros participantes. Amilcar pregunta: ¿Cuál término le gusta, Dra MÉDICO-2? ¿<i>Dispraxis?</i> ¿<i>Malpraxis?</i> MÉDICO-2 responde: “No, no me gusta ninguno de los dos”. Es posible que en ocasiones veas a un compañero médico haciendo algo indebido y calles. ¿Verdad médica? Basados en Luis Razzetti: “Aliviar el sufrimiento humano”. Un participante no médico: “La intención de cumplir con el juramento hipocrático, esa es la verdad médica”. Amilcar: “¿El bien jurídico tutelado es el Derecho a la Salud?”. Éste mismo participante: “Sí”. Amilcar: “Antes de desarrollar el tema de la Responsabilidad Penal, existen otras acciones que pueden intentar, como la acción civil. ¿Qué le quitamos a ese concepto? ¿Existirá jurisprudencia sobre <i>médicos penalmente responsables</i> cuya acción sea dolosa? ¿El caso de Edmundo Chirinos se puede traer? ¿Quién da las pruebas en materia de culpa médica? ¿Otros médicos?”. Cada pregunta genera un debate. “¿Trasfundir sin conocer el tipo de sangre?”, vuelve a preguntar. MÉDICO-2 responde: “Siempre se hace. A veces sí, se corre el riesgo de trasfundir a alguien sangre VDRL reactivo por falta de reactivos para saber”. Amilcar: “Dejar gasas en la cavidad abdominal, ¿<i>Imprudencia o Negligencia?</i>”. MÉDICO-1: “Los dos”. El médico Forense (José Ramírez), nos acompañó ese día y dijo: “<i>Negligencia</i>. En medicina hay unos protocolos, se debe cerrar una herida solo después de contar las gasas”. Amilcar: “¿Puede haber <i>impericia?</i>”. MÉDICO-2: “Sí. Si uno es médico cirujano, es porque</p>	<p>Presentación y Expectativas</p> <p>Contenido Programático</p> <p>Dispraxis o Malpraxis</p> <p>Responsabilidad Penal Médica</p> <p>Impericia, imprudencia y negligencia médica</p>

1203	hice esa especialidad, el médico es forense. Aquí no hay	
1204	especialistas en coronarias y llega alguien con una bala	
1205	en el corazón, y se opera sin la preparación”. Amilcar:	
1206	“¿Dónde prosperan más las acciones que se intentan?	Acciones legales
1207	¿Contra las instituciones públicas o contra los	contra
1208	establecimientos de salud privados?”. MÉDICO-4: “El	establecimientos
1209	médico general trabaja adultos y niños, pero hay que	de salud
1210	especializarse. Uno estabiliza al paciente y el deber ser	públicos y
1211	es mandarlo a otro centro hospitalario donde haya	privados
1212	especialistas”. MÉDICO-5: “¿Equivocación inexcusable	
1213	es impericia? Mi tío murió de un disparo en una pierna,	
1214	de mil, uno. En la mañana siguiente fue que se dieron	
1215	cuenta que tenía la hemoglobina baja. <i>El residente lo</i>	
1216	<i>atendió porque el especialista no estaba</i> ”. MÉDICO-2:	
1217	“El responsable es el residente porque él fue quien firmó	Residentes de
1218	en la historia. Al especialista no le va a caer tanto peso	medicina
1219	como al residente”. Emilia Lugo, quien también estuvo	
1220	invitada, dijo: “Yo los invito a una guardia para que	
1221	vean lo que es bueno. <i>Si yo estoy en quirófano, mis</i>	
1222	<i>residentes son mis ojos y deben avisarme</i> . Las guardias	
1223	son de cuerpo presente, pero sabemos que las guardias	
1224	deben hacerse in situ. Irse acarrea responsabilidad”.	

Fuente: Elaboración propia (2018).

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 06 de diciembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:15 pm – 8:00 pm

**Tabla 26**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA DOCE de la cuarta unidad, Culpa Médica.**

Línea	Registro de Observación	Categorías
1225	Amilcar llegó a las 6:15pm. Se disculpó por llegar tarde	Reflexiones
1226	y dijo que estaba enfermo. Comenzó haciendo una	personales
1227	<i>reflexión sobre lo dicho en la clase anterior; y una</i>	
1228	<i>reflexión sobre la vida, sobre la academia</i> . Contó que	
1229	tiene más de 30 años de edad y no ha podido tener hijos.	
1230	Se hizo exámenes y fue a una clínica de reproducción	
1231	asistida. A esta hora solo han llegado siete participantes.	
1232	Amilcar formó dos grupos. Discutieron hasta las 7:20 de	
1233	la noche. A esta hora llegó uno de los policías. Empezó	Delito médico
1234	el grupo de MÉDICO-1. Dieron una definición de <i>delito</i>	doloso
1235	<i>doloso médico</i> . Falsa instrumental. Afirmaron que un	
1236	funcionario policial debe realizar ejercicio físico	

<p>1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280</p>	<p>continuamente, entonces se busca un traumatólogo para que te firme un informe que diga que está enfermo, tiene una patología para que no lo pongan a hacer ejercicios. Secreto Médico, con intención de dañar y dice el diagnóstico. MÉDICO-4: “Se debe preservar el diagnóstico de una persona por Deontología. Salvo excepciones, por ejemplo, si soy médico de salud ocupacional y le hago exámenes de embarazo a una mujer para darle o no, un trabajo, ahí le puedo decir al Patrono, divulgar la información, pero es porque ella se somete a eso. Hay <u>enfermedades de notificación obligatoria</u>, como sarampión, rubiola, y yo como médico estoy obligado a divulgarlo al epidemiólogo del Distrito Sanitario”. Amilcar: “Un paciente de 70 años con cáncer, ¿se le debe decir al familiar del paciente?”. MÉDICO-4: “Ahí sí hay que respetar la voluntad del paciente”. Amilcar: “¿Un centro penitenciario? El preso está enfermo, ¿se debe notificar?”. MÉDICO-4: “Sí, sí se debe notificar si es una enfermedad de notificación obligatoria. Si está preso, igual compromete el derecho a la salud de los otros privados de libertad, su familia y el resto de la población”. MÉDICO-2: “Cuando se abusa de la credulidad del paciente, le causo un daño supuestamente para ayudarlo y le mandé a tomar unos medicamentos que no necesitaba”. Amilcar echó un chiste sobre un médico que en Barquisimeto era una eminencia, pero en Medicina Holística, y lo trató con imanes; y él sentía que lo estaban estafando. MÉDICO-3: “<u>Violencia obstétrica es la violencia que se le hace a la mujer embarazada</u>. Parto humanizado. El derecho que tiene la mujer de ser atendida en el hospital a tiempo. Es en el pre, durante y en el post. Criticarle que no llega rasurada”. Un policía pregunta: “¿Ocurre igual en lo público y lo privado?”. MÉDICO-2: “<u>Ahí ya hay violencia obstétrica</u>, al fijar una fecha de cesárea porque ponerla a parir es un gasto; y una primigesta puede durar hasta una semana con dolor de parto”. MÉDICO-4: “Más del 53% de los nacidos vivos en el Sistema Público Nacional de Salud en Cojedes, fue producto de cesárea. Por lo general debe ser un 60% de parto natural, de 2014 para atrás”. MÉDICO-4: “<u>Estafa y fraude</u>. Funciones que posee el médico: Investigador, gerente o administrador, docente y asistencial. Contó que en un hospital norteamericano hubo un caso que inventó de un</p>	<p>Enfermedades de Notificación Obligatoria</p> <p>Violencia Obstétrica</p>
--	--	---

1281	paciente que tenía cáncer en encías y no era así. Aborto,	Estafas y fraudes médicos
1282	es interrumpir el embarazo antes de las 21,6 semanas,	
1283	luego de ello es parto pre-término o parto prematuro.	
1284	Habló de un caso de una universidad alemana, el caso	
1285	de Fernanda y Rodrigo. Hospitalización por falsa	
1286	enfermedad. Una enferma con obesidad mórbida se	
1287	interna por problemas cardíacos y se termina haciendo	
1288	un bypass gástrico. O el tema de las mamas. Mujeres	
1289	que se internan por quistes y se terminaban colocando	
1290	implantes”. MÉDICO-5: “Con el accidente que hubo en	
1291	La Guama, eso llegó a oídos del Presidente y les dieron	
1292	casa, se surtieron a los hospitales y hubo quien se cogió	
1293	yelco y ringer. Hubo otro caso de quien se cogió un	
1294	frasco de cefalexina y saliendo del hospital, lo ofreció	
1295	para la venta a Bs. 100mil, cuando lo pidió para un	
1296	sobrino, fue privado de libertad”.	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

El día lunes once de diciembre de dos mil diecisiete (11/12/2017), no hubo clase presencial de la unidad Culpa Médica, con el doctor Amilcar Marchán, pues las clases fueron suspendidas en el Área de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI.

**Lugar:** Salón de Conferencias del Área de Postgrado, UNELLEZ-VIPI.

**Fecha:** miércoles 13 de diciembre de 2017

**Hora de inicio y cierre:** 6:15 pm – 8:00 pm

**Tabla 27**

**Categorización abierta de las observaciones registradas durante el DÍA TRECE de la cuarta unidad, Culpa Médica.**

Línea	Registro de Observación	Categorías	
1297	6:15pm, le toca exponer a MÉDICO-5 y no ha llegado	La Medicina en Equipo	
1298	aún. Comienza otro grupo, donde se encuentra		
1299	MÉDICO-2. Hablan del tema “ <i>La Medicina en</i>	Oblito Quirúrgico	
1300	<i>Equipo</i> ”. Una participante hace una lectura. MÉDICO-2		
1301	expone: “En la Atención Primaria de Salud, Médico,		
1302	Enfermera y un Promotor de Salud. <i>Oblito Quirúrgico,</i>		
1303	<i>es un cuerpo extraño, olvidado por el médico en una</i>		
1304	<i>cirugía</i> ”. Amilcar: “¿Responsabilidad vertical?		
1305	¿Horizontal?”. MÉDICO-2: “Vertical, médico-		
1306	enfermera. Horizontal, médico-médico”. MÉDICO-3:		
1307	“Hay un <i>equipo diverso en emergencias</i> (emergencia		Equipo médico en la emergencia
1308	obstétrica, pediátrica, traumatológica). En lo quirúrgico,		

1309	hay anesthesiólogo, enfermera, instrumentista” Amilcar:	Salud Pública y Salud Privada
1310	“¿En la práctica, funciona mejor lo público o lo	
1311	privado?”. MÉDICO-2: “En lo privado cada médico es	La Prueba en proceso médico
1312	responsable de sus acciones. En la parte pública hay un	
1313	jefe de servicio en la parte de cirugía”. MÉDICO-4: “En	
1314	el estado Cojedes, los que prestan servicio en lo público,	
1315	son los mismos del privado. La calidad debería ser la	
1316	misma. En el hospital hay un director (y explicó una	
1317	estructura dentro del hospital). En quirófano el jefe es el	
1318	anesthesiólogo; y eso pasa así tanto en lo público como	
1319	en lo privado”. MÉDICO-1: “En el hospital te atienden	
1320	gratis, pero en la clínica no insultas”. A las 6:45pm	
1321	comienza el otro grupo, con el tema: “La Prueba en el	Clases de Culpa Médica
1322	Proceso Médico”. MÉDICO-1: “Al momento de una	
1323	eventualidad, debe ampararse en el colegio de médicos.	
1324	Si un paciente muere, el médico pide una autopsia como	
1325	prueba para verificar la causa de la muerte. La Historia	
1326	Clínica, la cual debe ir rotulada, sin tachaduras, ni	
1327	corrector líquido”. 7:25pm expone el siguiente grupo,	
1328	conformado por MÉDICO-4 y los dos funcionarios	
1329	policiales, quienes hicieron un panel. Afirmaron: “A	
1330	veces pareciera que la gente o los Abogados están	
1331	esperando que un médico se equivoque, o cometa un	
1332	daño, para intentar acciones penales o civiles, pero con	
1333	la intención de lucrarse. <u>Clases de Culpa: contractual,</u>	
1334	<u>extracontractual y la que nace del delito.</u> El Residente	
1335	se debe a un Jefe de Residentes, éste a un Jefe de	
1336	Servicios”. Casi a las 8:00pm llegó MÉDICO-5, quien	
1337	solo leyó.	

Fuente: Elaboración propia (2018).

La tabla 27, revela la categorización axial emergida de las observaciones registradas durante la ejecución de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.

**Tabla 28**

**Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la primera unidad, Deontología Médica y Bioética.**

Día	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
Uno	Puntualidad del Formador	Construcción colaborativa de saberes médico-legales en modalidad semipresencial
	Impuntualidad de los participantes	
	Modalidad semipresencial	
	Bienvenida	
	Expectativas	

	Contenido Programático	Deontología Médica y Bioética		
	Estrategias de enseñanza-aprendizaje			
	Emoción			
Dos	Puntualidad	Relación Médico-Paciente-Sociedad		
	Nuevos participantes			
	Deontología Médica			
	Tríada: Médico, Paciente y Sociedad			
	Relación Contractual			
	Atención Primaria de Salud			
	Tecnicismos Médicos			
	Ente biológico-social			
	Mala praxis			
	Muerte materno-infantil			
	Comité de Ética Hospitalaria		Atención Primaria de Salud	
	Comité de Infecciones Hospitalarias			
	Comité de Muerte Materno-Infantil			
Informe médico-forense				
Tres	Participación	Derecho Médico		
	Secreto Médico			
	Imprudencia Médica			
	Consentimiento Informado			
	Epidemiología		Epidemiología	
	Bienes Jurídicos Protegidos			
	Casos en que se justifica la revelación del Secreto Médico			
	Apoyo en el personal de salud			
	Ley del Ejercicio de la Medicina			
	Semiología			Diversos Roles del Médico
	Acto Médico			
	Historia Clínica			
	Cadena Epidemiológica			
	Consejos de Esculapio			
Cuatro	Honorarios Médicos	Medicina Forense		
	Diversos roles del médico			
	Ley Orgánica de la Salud			
	Colegio de Médicos			
	Derecho humano sin discriminación			
	Gratuidad del servicio			
	Clínicas Privadas			
	Usura en el servicio médico privado			

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 29**  
**Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la segunda unidad, Derecho Médico.**

Día	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
Cinco	Participación	Derecho Médico
	Derecho Médico	
	Reposos Médicos	
	Comité de Bioética	
	Transfusión de Sangre y Religión	
	Iatrogenia	
Seis	Estrategia didáctica de enseñanza-aprendizaje	Deontología Médica y Bioética
	Usuarios en lugar de pacientes	
	Derecho a la salud	
	Aspectos contractuales y extracontractuales	
	Pacientes VIH positivos	
	Huelga Médica	
	Consentimiento Informado	
Siete	Falta de preparación médica	Construcción colaborativa de saberes médico-legales en modalidad semipresencial
	Personal de enfermería	
	Anestesiólogo	
	Junta Médica	
	Compartir	
Ocho	Criterio Jurisprudencial sobre transfusiones de sangre	Relación Médico-Paciente
	Confianza entre médico-paciente	
	Historia Clínica	
Siete	Falta de preparación médica	Formación Médica Continua
	Personal de enfermería	
	Anestesiólogo	
	Junta Médica	
	Compartir	
Ocho	Criterio Jurisprudencial sobre transfusiones de sangre	Personal de Salud
	Confianza entre médico-paciente	
	Historia Clínica	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 30**  
**Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la tercera unidad, Medicina Forense.**

Día	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
Nueve	Organización y funcionamiento	Servicio Nacional Medicina y Ciencias Forenses (SENAMECF)
	Función del Médico Forense	
	Tipos de Experticia	
	Examen Toxicológico	
	Tipos de Autopsia	
	Traumatología Forense	Medicina Forense
	Heridas por arma de fuego	
	Heridas por arma blanca	

Diez	Diámetro de dispersión	Rol del Médico Forense
	Aspectos médico-legales del homicidio y el suicidio	
	Prueba forense en caso de dispraxis médica	
	Compartir	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 31**

**Categorización axial de las observaciones registradas durante la ejecución de la cuarta unidad, Culpa Médica.**

Día	Categorías Abiertas	Categorías Axiales
Once	Presentación y Expectativas	Construcción colaborativa de saberes médico-legales
	Contenido Programático	
	Dispraxis o Malpraxis	
	Responsabilidad Penal Médica	
	Impericia, imprudencia y negligencia médica	
	Acciones legales contra establecimientos de salud públicos y privados	
	Residentes de medicina	
Doce	Reflexiones personales	Responsabilidad Penal Médica Individual
	Delito médico doloso	
	Enfermedades de Notificación Obligatoria	
	Violencia Obstétrica	
	Estafas y fraudes médicos	
Trece	La Medicina en Equipo	La Prueba en el proceso penal del Médico
	Oblito Quirúrgico	
	Equipo médico en la emergencia	
	Salud Pública y Salud Privada	
	La Prueba en el proceso médico	
	Clases de Culpa Médica	

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

## FASE VII

### EVALUACIÓN

“Quien no sea capaz de luchar por otros, no será nunca suficientemente capaz de luchar por sí mismo” (Fidel Castro Ruz, 1926-2016).

López (ob. cit.) precisa que en IAP, “la evaluación se realiza durante el desarrollo de cada momento que ésta metódica comprende, con respecto a cómo se está llevando a cabo lo planificado, el alcance de los propósitos, posibles ajustes e incorporación de nuevas acciones y estrategias” (p. 87). Sin embargo, conviene realizar una evaluación detallada, sobre los cambios alcanzados en los participantes, integrantes del GIAP, posterior a la ejecución del plan de estrategias, representado en un Programa de Ampliación de Conocimiento en Responsabilidad Médico-Legal, avalado por la Coordinación de Postgrado de la UNELLEZ-VIPI, ejecutado en un período de ocho (8) semanas.

Por otro lado, López *et al* citados por Lara (ob. cit.), señalan que “la fase de la evaluación, trata de revisar todas las acciones desarrolladas desde unos indicadores de evaluación que han sido desarrollados previamente en la planificación, después de un arduo y extenso trabajo de campo, reuniones con los actores sociales, planeación de estrategias para la transformación de la realidad” (p. 99). En otras palabras, a juicio de la citada autora, “la fase de reflexión representa la fase final de la espiral investigativa que hace un alto para mirar el camino recorrido y cambios logrados en el proceso de investigación” (*Ibidem*). En este sentido, presentamos los resultados de la investigación, mediante un análisis reflexivo de lo ocurrido en ejecución del plan.

Recordemos que éste programa fue dictado de forma semipresencial, así que, en el módulo de cierre del entorno virtual, se les pidió a todos los participantes que reflexionaran acerca de las herramientas médico-legales adquiridas durante la ejecución de la propuesta formativa, y que compartieran con el grupo sobre las

transformaciones y los cambios que cada uno logró. Se procede a transcribir la narratividad solo de quienes fungieron como actores sociales.

**Tabla 32**

**Narratividad del actor social MÉDICO-1 sobre su experiencia personal, realizada en fecha jueves 14 de diciembre de 2017, a través del aula virtual.**

Línea	Narrativa del Actor Social
1338	<i>1. ¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de</i>
1339	<i>este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-legal?</i>
1340	Gracias, de verdad muchas gracias, y como reflexión final es que debe este
1341	programa debe continuar con una segunda parte [...]. Agradecida Dr
1342	Reynaldo Mujica y a los Facilitadores Dr. Carlos Díaz, Dra. Lugo, Dr.
1343	Ramirez, Dr. Marchan y por ultimo a la facilitadora Virtual, todos excelentes
1344	profesionales. <u><i>Entre los cambios significativos aprendí que no se pude</i></u>
1345	<u><i>decir que uno como médico no tuvo la culpa de una mala actuación,</i></u>
1346	porque al contrario, culpa por imprudencia o impericia es lo que uno tuvo al
1347	cometer una iatrogenia. Yo <u><i>tampoco sabía que el paciente tenía derecho a</i></u>
1348	<u><i>no saber su patología, si no quiere conocer su diagnóstico, no se le puede</i></u>
1349	<u><i>obligar, porque eso también es iatrogenia.</i></u> Aprendí que <u><i>legalmente el</i></u>
1350	<u><i>derecho a la vida y la salud está por encima que el derecho a la creencia de</i></u>
1351	<u><i>cada quien,</i></u> y que podemos actuar sin miedo a la justicia, si uno considera
1352	que un paciente, sea de la religión que sea, necesita ser trasfundido.

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 33**

**Narratividad del actor social MÉDICO-2 sobre su experiencia personal, realizada en fecha jueves 14 de diciembre de 2017, a través del aula virtual.**

Línea	Narrativa del Actor Social
1353	<i>1. ¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de</i>
1354	<i>este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-legal?</i>
1355	Lo primero que agradezco es no tener contador de palabras, así que intentaré
1356	decir lo necesario sin divagar ni adornar. Han sido semanas de
1357	descubrimiento, no solo por introducirnos en temas médico-legales sino por
1358	compartir con profesores que brindaron clases magistrales cada Lunes y
1359	Miércoles; asimismo, aprender de los colegas médicos, policías, abogados y
1360	estudiantes tanto de medicina como de derecho, por medio de sus anécdotas
1361	e investigaciones, así como dar respuesta a cada duda que se generó y
1362	conllevó a una pregunta oportuna. ¿Cambios en mi praxis médico-legal?
1363	Bueno, aunque yo trabajo en la Atención Primaria de Salud y estoy próxima
1364	a iniciar un postgrado clínico aquí en el hospital, sobre ginecología y
1365	obstetricia, <u><i>estamos trabajando junto a la dra Emilia sobre un formato de</i></u>
1366	<u><i>consentimiento informado que abarque todos los aspectos médico-legales</i></u>
1367	<u><i>requeridos,</i></u> para evitar consecuencias futuras; y bueno, a <u><i>escribir todo,</i></u>

1368	<u><i>absolutamente todo detalle en la historia clínica porque ese es el</i></u>
1369	<u><i>documento médico-legal por excelencia en la praxis del médico, así sea en</i></u>
1370	<u><i>la APS [...]</i></u> .

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 34**

**Narratividad del actor social MÉDICO-3 sobre su experiencia personal, realizada en fecha jueves 14 de diciembre de 2017, a través del aula virtual.**

Línea	Narrativa del Actor Social
1371	<i>1. ¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de</i>
1372	<i>este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-legal?</i>
1373	<u><i>Este programa me sensibilizó.</i></u> Mirar la labor de otros médicos, pero mirar
1374	también el trabajo de abogados, fiscales (sic), policía... más allá del costo de
1375	la consulta, sus actividades altruistas y lo arriesgado de las labores de todos
1376	nosotros. A su vez, entender lo que nadie dice por el temor al ¿qué dirán?...
1377	un médico no está pendiente de una sanción en potencia durante su praxis,
1378	porque nos interesamos en preservar la salud al usuario, en el caso de la
1379	APS; y devolverle su salud cuando se trata de medicina curativa. <u><i>Aprendí</i></u>
1380	<u><i>que se habla de usuarios y no de pacientes. Nos actualizamos en la</i></u>
1381	<u><i>normativa legal que rige la actuación médica y sobre todo, en las</i></u>
1382	<u><i>estructuras que conforman el Sistema de Salud Pública.</i></u> Considero que
1383	cada uno de mis colegas médicos demostraron su postura, y todas ellas son
1384	respetables, cónsonas con la realidad. Siempre vamos admirar a actos que
1385	provengan del alma, que demuestren que somos seres tan evolucionados que
1386	realmente merecemos ser llamados humanos... ser humanista implica
1387	bondad, piedad y sobretodo amor, sé que la academia tiene el poder de
1388	cambiar la sociedad y este ha sido un gran paso, donde todos a pesar de
1389	nuestras ocupaciones salíamos corriendo a la sede de Postgrado de la
1390	Unellez. Por último, agradecido con el trabajo de todos los profesores y con
1391	el trabajo de los facilitadores 2.0 en cada una de las actividades, ensayos y
1392	foros virtuales. Así como a la Unellez por permitirnos experimentar en este
1393	entorno, con temas tan relevantes y poco estudiados a profundidad.

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 35**

**Narratividad del actor social MÉDICO-4 sobre su experiencia personal, realizada en fecha viernes 15 de diciembre de 2017, a través del aula virtual.**

Línea	Narrativa del Actor Social
1394	<i>1. ¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de</i>
1395	<i>este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-legal?</i>
1396	<u><i>Al principio me causó un poco de molestia e incomodidad el uso del aula</i></u>
1397	<u><i>virtual, pero logre adaptarme poco a poco, y ahora me siento satisfecho de</i></u>
1398	<u><i>lo aprendido. Creo que ese fue mi mayor cambio,</i></u> adaptarme a esta nueva

1399	manera de aprender, totalmente novedosa para mí. Aunque me desempeño
1400	<u>como coordinador de un ambulatorio, estamos trabajando en la propuesta</u>
1401	<u>de creación de un Comité de Ética que involucre a todo el personal</u> que allí
1402	labora, porque hemos aprendido y así se lo he hecho saber a todo el personal
1403	a mi cargo, que <u>iatrogenia no solo la cometen los médicos, sino todo el</u>
1404	<u>personal de salud, desde el personal de mantenimiento, camilleros,</u>
1405	<u>enfermeras y promotores. Con el profesor Reynaldo aprendimos que la</u>
1406	<u>consecuencia de la culpa médica, es la determinación de la</u>
1407	<u>responsabilidad penal, porque la “cárcel no se paga”</u> . Gracias a todos los
1408	profesores por su entrega y dedicación. Fue un placer haber compartido este
1409	curso con todos ustedes. Feliz navidad y venturoso año 2018.

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

**Tabla 36**

**Narratividad del actor social MÉDICO-5 sobre su experiencia personal, realizada en fecha viernes 15 de diciembre de 2017, a través del aula virtual.**

Línea	Narrativa del Actor Social
1410	<i>1. ¿Qué nos puedes decir acerca de tu experiencia como participante de</i>
1411	<i>este programa y qué cambios evidencias en tu praxis médico-legal?</i>
1412	Buenas noches; Gracias profesor Reynaldo Mujica, por permitirme hacer
1413	este curso siendo apenas estudiante de medicina, compartir y aprender con
1414	todos ustedes. En verdad bastó pocas semanas para recibir tanto
1415	conocimiento de todos los excelentes profesores que tuvimos [...]. <u>Este</u>
1416	<u>curso me hizo saber lo importante de los avances tecnológicos para los</u>
1417	<u>estudios, yo desconocía que se podía estudiar y aprender a distancia,</u>
1418	<u>porque uno usualmente utiliza el internet para las redes sociales y otras</u>
1419	<u>cosas</u> . Con este curso aprendí que <u>aunque uno sea estudiante, también tiene</u>
1420	<u>responsabilidad legal</u> . Ya me estoy preparando con el tema del
1421	<u>consentimiento informado, con un formato nuevo que andan preparando</u>
1422	<u>mis compañeros</u> , para presentarlo cuando me toque ver esa clase [...].

**Fuente:** Elaboración propia (2018).

Ahora bien, para valorar los cambios que nos propusimos en el propósito general de esta investigación, el cual era “transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimiento”, procederemos a comparar lo dicho en el diagnóstico inicial, lo observado durante la ejecución y la exposición final, *supra* transcrita; y lo haremos uno a uno, con los cinco actores sociales.

Durante el diagnóstico, MÉDICO-1 señaló que en su “formación legal tuvo algunas deficiencias, fue algo pobre” (Líneas 4 y 5), pero señaló no haber “tenido problemas legales” hasta ahora (Líneas 16 y 17). Consideró que “sería adecuado” participar en un programa de formación médico-legal, porque –a su juicio– “todo nos puede suministrar muchas herramientas útiles para tratar mejor al paciente, para defendernos ante alguna culpa que nos quieran echar” (Líneas 36-40). De la ejecución del plan, según las anotaciones hechas por el investigador en el diario de campo, observó que MÉDICO-1 llegó con retraso a clases en varias oportunidades (Líneas 506-507, 536, 770 y 868-869). Durante la primera unidad hizo interesantes aportes sobre el secreto médico (Líneas 541-543), sobre actuación médica (Líneas 580-585), y sobre la igualdad en el acceso a los servicios de salud (Líneas 822-825).

Para el segundo módulo expuso sobre la definición de Derecho Médico (Líneas 875-877), explicó lo que significa el concepto de iatrogenia (Líneas 921-922). Afirmó que se debe crear “confianza entre el médico y el paciente” y que “los viejitos del campo no se dejan examinar con mujeres” que sean médicos (Líneas 1071-1073). En la unidad de Culpa Médica debió explicar el concepto de “delito doloso médico” (Líneas 1234-1235); y en algún momento de nuestro último encuentro formativo presencial, habló de la prueba en el proceso penal médico, además de afirmar que “en el hospital te atienden gratis, pero en la clínica no insultas” (Líneas 1319-1327).

Entre los cambios significativos que MÉDICO-1 afirma haber aprendido con el programa de ampliación de conocimientos, es “que no se puede decir que uno como médico no tuvo la culpa de una mala actuación, porque, al contrario, culpa por imprudencia o impericia es lo que uno tuvo al cometer una iatrogenia” (Líneas 1344-1347). De igual forma, asegura que desconocía saber “que el paciente tenía derecho a no saber su patología, si no quiere conocer su diagnóstico, no se le puede obligar, porque eso también es iatrogenia” (Líneas 1347-1349). Finalmente, precisó que también aprendió que “legalmente el derecho a la vida y la salud está por encima que el derecho a la creencia de cada quien” (Líneas 1349-1351).

Durante su diagnóstico, MÉDICO-2 catalogó su formación médico-legal de pregrado como “algo básica” (Línea 45). Agradeció a Dios que hasta los momentos

no haya tenido “ningún tipo de problemas desde el punto de vista jurídico” (Líneas 55-57). Sin embargo, aseguró que toma previsiones médico-legales básicas, como no atender “a una menor de edad con problemas ginecológicos, dolor de vientre”, “si no está su representante legal” presente en la consulta (Líneas 60-63). Sobre su disposición a participar en el programa de ampliación de conocimientos, precisó que estaba dispuesta a “aprender muchas herramientas” que le fueran a ayudar en la consulta (Líneas 98-99).

De la ejecución del plan, según las anotaciones hechas en el diario de campo, MÉDICO-2 fue siempre muy puntual en la llegada a clases (Líneas 495-496, 528-529, 632, 861). Durante la primera unidad habló sobre la relación contractual médico-paciente (Líneas 549-559). También abordó temas como mala praxis médica y muerte materno-infantil (Líneas 579-609); secreto médico (Líneas 634-638); consentimiento informado (Líneas 633-634). En algún momento de la segunda unidad, MÉDICO-2 aseguró que “la enfermera no está autorizada para dar información sobre las condiciones y tratamientos médicos” (Líneas 1024-1026). Durante otro encuentro de esta unidad, aseveró “existe una sentencia de la Sala Constitucional que fija una postura; y es que la vida está por encima del derecho a la creencia particular, el caso de una adolescente Testigo de Jehová” (Líneas 1051-1055).

Respecto a la transformación que en su praxis médico-legal confirma haber alcanzado con este programa de ampliación de conocimientos, MÉDICO-2 indica estar “trabajando junto a la dra [...] sobre un formato de consentimiento informado que abarque todos los aspectos médico-legales requeridos” (Líneas 1365-1367); y “escribir todo, absolutamente todo detalle en la historia clínica porque ese es el documento médico-legal por excelencia en la praxis del médico, así sea en la APS” (Líneas 1367-1370).

Durante el diagnóstico, MÉDICO-3 afirmó respecto a su formación en el área médico-legal: “Nosotros durante nuestra formación, recibimos poquitas cosas de medicina legal” (Líneas 112-114). Calificó como “buena” su experiencia jurídica en ejercicio de su praxis médica (Línea 126). Alegó haber “visto con mucha preocupación que otros compañeros firman reposos o récipes en blanco” (Líneas 129-

131). Sugirió que entre los contenidos del programa se incluya “normas de los hospitales, sus organigramas y como son las estructuras del ministerio de salud” (Líneas 146-148). Respecto a formar parte del GIAP y los propósitos de la investigación, aseveró que “si transformar es cambiar lo malo por algo bueno, creo que sería muy bueno hacer un curso de responsabilidad legal médico” (Líneas 162-165).

De la ejecución del plan, según las anotaciones hechas por el investigador en el diario de campo, MÉDICO-3 fue otro de los que solía llegar tarde a clases (Líneas 506-507, 770, 868-869). En algunas ocasiones se mantenía distante y retraído durante los encuentros presenciales (548-549). Durante la primera unidad le correspondió exponer sobre los honorarios médicos (Líneas 783), respecto a este tema, aseguró: “La clínica te impone el Honorario Profesional y te retiene un porcentaje. Usualmente cobran de más para que esa retención la soporte el usuario del servicio; y no uno como médico” (Líneas 851-854). Para el segundo módulo, hablando de la Huelga Médica, precisó que “es un acto o un proceso que se realiza con el objeto de llamar la atención del Patrono con el propósito de obtener un derecho o un beneficio” (Líneas 975-978). Para el último módulo, entre otras participaciones, señaló que: “Violencia obstétrica es la violencia que se le hace a la mujer embarazada” (Líneas 1265-1266).

En relación a los cambios significativos que MÉDICO-3 afirma haber alcanzado con el programa de ampliación de conocimientos, precisó: “Este programa me sensibilizó. Mirar la labor de otros médicos, pero mirar también el trabajo de abogados, fisclaes (sic), policía... más allá del costo de la consulta, sus actividades altruistas y lo arriesgado de las labores de todos nosotros” (Líneas 1373-1376). Asimismo, dice que “aprendí que se habla de usuarios y no de pacientes. Nos actualizamos en la normativa legal que rige la actuación médica y, sobre todo, en las estructuras que conforman el Sistema de Salud Pública” (Líneas 1379-1382).

Durante el diagnóstico, MÉDICO-4 catalogó su formación médico-legal de pregrado como “muy mala. Yo creo que pudo ser mejor, pero siempre con apuros” (Líneas 169-170). Desde su experiencia, este actor se mostró temeroso, afirmó que “siempre he tenido algo de miedo, una vez en el ambulatorio tuve miedo de atender a

una adolescente que llegó sola a que le hiciera una citología” (Líneas 182-185). Ante la negativa de atender a un paciente en la calle, un accidente, por ejemplo, sin los implementos adecuados, se preguntó: “si lo dejo de atender ¿me cae la ley? Eso me preocupa” (Líneas 196-197). Desde su experiencia médico-legal, se hizo interesantes preguntas durante el diagnóstico: “tratar a adolescentes, cómo traspasar a una embarazada cuando uno se va de vacaciones, incluso si una persona no quiere atenderse con uno entonces ¿me puedo negar? Otra cosa, es sobre el trato de pacientes con VIH” (Líneas 202-208). Finalmente, alegó que, de cursar este programa de ampliación de conocimientos en responsabilidad médico-legal, “transformaríamos nuestra forma de hacer medicina” (Líneas 220-221).

Según las anotaciones hechas en el diario de campo, en ejecución de la unidad Deontología Médica y Bioética, MÉDICO-4 afirmó que “debe existir una tríada: Médico-Paciente-Sociedad” (Líneas 545-546), un concepto que me pareció bastante interesante, al igual que otro aporte: “el médico debe dejar a un lado los tecnicismos para hablarle a los pacientes, por ejemplo, en lugar de decirle a un paciente que padece de una “rino-faringitis aguda”, perfectamente puede decirle que tiene gripe” (Líneas 565-570). En el desarrollo de esta unidad, MÉDICO-4 señaló que “en un hospital deberían existir tres Comités: Un Comité de Ética Hospitalaria; un Comité de Infecciones Hospitalarias o Nosocomiales y un Comité de Muerte Materno Infantil” (Líneas 609-614). En ese sentido, “señaló que las enfermeras, a diferencia de los médicos, sí tienen un Comité de Ética y Disciplina” (Líneas 715-716).

En otra oportunidad aseguro que “en materia de donación de órganos no está muy claro el asunto legal en Venezuela” (Líneas 638-640). Es MÉDICO-4 quien aclara que “ya no se habla de pacientes sino de usuarios” (Líneas 945-946). En ejecución de la unidad Medicina Forense, comentó “que las heridas por armas de fuego siempre tienen relevancia médico-legal” (Líneas 1034-1035). Durante el módulo Culpa Médica, precisó que “se debe preservar el diagnóstico de una persona por Deontología. Salvo excepciones, por ejemplo, si soy médico de salud ocupacional y le hago exámenes de embarazo a una mujer para darle o no, un trabajo. [...] Hay enfermedades de notificación obligatoria, como sarampión, rubiola, y yo como

médico estoy obligado a divulgarlo al epidemiólogo del Distrito Sanitario” (Líneas 1241-1250).

Respecto a la transformación en su praxis médico-legal, posterior a cursar y aprobar el programa de ampliación de conocimientos, MÉDICO-4 señaló que “al principio me causó un poco de molestia e incomodidad el uso del aula virtual, pero logre adaptarme poco a poco, y ahora me siento satisfecho de lo aprendido. Creo que ese fue mi mayor cambio” (Líneas 1396-1398). De igual manera, precisó que “como coordinador de un ambulatorio, estamos trabajando en la propuesta de creación de un Comité de Ética que involucre a todo el personal” (Líneas 1400-1401), porque –según dice– iatrogenia no solo la cometen los médicos, sino todo el personal de salud, desde el personal de mantenimiento, camilleros, enfermeras y promotores”. Gratificante es leer un comentario como el siguiente: “Con el profesor Reynaldo aprendimos que la consecuencia de la culpa médica, es la determinación de la responsabilidad penal, porque la ‘cárcel no se paga”” (Líneas 1403-1407), puesto que, en ocasiones ni los mismos Abogados comprenden la semántica de la frase.

Durante el diagnóstico, MÉDICO-5 afirmó respecto a su formación en el área médico-legal: “Le respondo con toda sinceridad, profe, yo apenas estoy estudiando, apenas voy para el cuarto año de la carrera” (Líneas 231-233). “Lo que uno hace como estudiante es resguardar la historia clínica, hacerla bien, pues además es evaluado. Cuando uno hace algo malo, lo regañan” (Líneas 242-245). Fue el único de los actores sociales que se interesó por un tema en particular, referido al “artículo 8 de la ley, si es obligado, así como dicen, tengo entendido que, si uno cumple la ruralidad lejos, valen son seis meses y no un año” (Líneas 264-267). Se mostró muy feliz de que lo aceptaran en el diplomado, sin tener un título de pregrado (Líneas 273-274).

De la ejecución del plan, según las anotaciones hechas por el investigador en el diario de campo, MÉDICO-5 habló sobre “un consentimiento absoluto y otro relativo” (Líneas 671-672). En otro momento expresó sorpresa pues desconocía que la Ley del Ejercicio de la Medicina señala que la obligación de guardar el secreto médico es igual para estudiantes y personal auxiliar (Líneas 719-723). Durante la

ejecución del módulo Culpa Médica, compartió una insatisfacción personal: “¿Equivocación inexcusable es impericia? Mi tío murió de un disparo en una pierna, de mil, uno. En la mañana siguiente fue que se dieron cuenta que tenía la hemoglobina baja. El residente lo atendió porque el especialista no estaba” (Líneas 1212-1216). En otra oportunidad contó otra anécdota: “Con el accidente que hubo en La Guama, eso llegó a oídos del Presidente y [a los lesionados] les dieron casa, se surtieron a los hospitales y hubo quien se cogió yelco y ringer. Hubo otro caso de quien se cogió un frasco de cefalexina y saliendo del hospital, lo ofreció para la venta a Bs. 100mil, cuando lo pidió para un sobrino, fue privado de libertad” (Líneas 1290-1296).

En relación a los cambios significativos que MÉDICO-5 afirmó haber alcanzado con el programa de ampliación de conocimientos, aseveró: “Este curso me hizo saber lo importante de los avances tecnológicos para los estudios, yo desconocía que se podía estudiar y aprender a distancia, porque uno usualmente utiliza el internet para las redes sociales y otras cosas” (Líneas 1415-1417). Dice haber aprendido que “aunque uno sea estudiante, también tiene responsabilidad legal” (Líneas 1419-1420). Finalmente aseguró que se estaba “preparando con el tema del consentimiento informado, con un formato nuevo que andan preparando mis compañeros, para presentarlo cuando me toque ver esa clase” (Líneas 1420-1422).

### **Reflexión Final**

Trabajar el método de la Investigación Acción Participativa (IAP), desde el paradigma socio-crítico, resulta agotador, complejo, pero sumamente gratificante. Nos comprometimos con un grupo de investigación acción participativa (GIAP), conformada por cuatro médicos y un estudiante de medicina como actores sociales; y tres médicos quienes fungieron como informantes claves, con una ambiciosa intención primaria que era: “Transformar la praxis médico-legal de los médicos de atención primaria adscritos a la Red de Servicios de Salud del municipio autónomo Ezequiel Zamora, estado Bolivariano de Cojedes, a través de un Programa de Ampliación de Conocimiento”, y en este instante, luego de meses de arduo trabajo podemos afirmar, con orgullo y satisfacción: ¡Lo logramos!

Es cierto, no cambiamos el Sistema Público Nacional de Salud, tal y como nos advirtió alguien cuando comenzamos con nuestra investigación, pero como producto final tenemos pequeñas pero significativas transformaciones en la praxis médico-legal de nuestros actores sociales, lo cual nos llena de mucha satisfacción. Médicos que comienzan a emplear el concepto legal de “Culpa Médica” y lo equiparan correctamente a la definición médica de “Iatrogenia”. Médicos que ahora conocen el concepto jurídico de “jurisprudencia” y saben que, de acuerdo a ésta, el derecho a la vida y el derecho a la salud, están por encima del derecho constitucional a profesar una creencia místico-religiosa en particular.

Sentimos que cumplimos con nuestra intención transformadora, cuando tenemos información que, desde la coordinación de un establecimiento de salud, se está trabajando en la propuesta de creación de un Comité de Ética que involucre a todo el personal de salud que allí labora; o cuando sabemos que hay médicos que están trabajando en estandarizar un formato de “consentimiento informado”, el cual abarque todos los aspectos médico-legales básicos, para que no se perjudique ni al usuario de un determinado servicio de salud, pero tampoco al profesional de la medicina. Y es que nos satisface haber aprendido que hablar de “paciente” constituye un término desfasado –y hasta peyorativo–, siendo lo moderno, referirnos a los “usuarios de los servicios de salud”.

Nos complace saber que médicos se hayan sensibilizado por la labor de otros médicos, pero nos resulta una ganancia añadida que nuestros médicos de atención primaria de salud, vean, reconozcan y aprecien el trabajo que desempeñan otros profesionales en el campo legal, como abogados y funcionarios policiales. Así como también consideramos un dividendo agregado, el haber transformado la visión de nuestros actores sociales, al inmiscuirlos en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como herramienta de enseñanza-aprendizaje. Empero, que un médico –y no un abogado– te diga que la consecuencia directa de una imprudencia o una impericia médica, no es “pagar cárcel” sino la determinación de una posible y eventual responsabilidad penal, resulta un acto médico-legal invalorable.

### Referencias Consultadas

- Aguiar, R. (2008). *Tratado de Derecho Médico*. Editorial Legis. 2da edición. Caracas, Venezuela. Pp. 75-286.
- Alvarado L., et al (2008). *Características más relevantes del paradigma sociocrítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas*. [Documento en línea]. Disponible en file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/D Downloads/Dialnet-CaracteristicasMasRelevantesDelParadigmaSociocriti3070760%20(1).pdf [Consulta: mayo 22, 2018]. p. 190.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme. 5ta edición. Caracas, Venezuela. Pp. 16-83.
- Arnal, J. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Labor. Barcelona, España. p. 98.
- Balcázar, F. (2003). *Investigación Acción Participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación*. Fundamentos en Humanidades, vol. IV, núm. 7-8. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf> [Consulta: 2018, mayo 17]. p. 60.
- Becerra, R. (2015). *La Investigación-Acción: voz de los silentes*. Integra Educativa Vol. VII / N° 4. Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.scielo.org/bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1\\_a07.pdf](http://www.scielo.org/bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1_a07.pdf) [Consulta: 2017, mayo 23]. Pp. 152-153.
- Berrios, J. (2008). *La formación integral en la carrera médica*. Revista Perú Med. Exp. Salud Publica. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a12v25n3.pdf> [Consulta: 2017, mayo 24]. p. 319.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, (2011). *Código de Deontología Médica*. Madrid, España. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj2vbb1iJTUAhVrJ5oKHVoQBEEQFggwMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.unav.es%2Ffdb%2Fccdomccdm2011.pdf&usg=AFQjCNFQB3I11yi3AI87KQW8QJY6LEgvXw&sig2=5h29leubBPSRi1js7ykj1Q> [Consulta: 2018, mayo 24]. p. 9.

- Carhuatocto, H. (2010). *La Responsabilidad civil médica: El caso de las infecciones intrahospitalarias*. Trabajo de grado para optar por el título de Magister Scientiarum en Derecho con mención en Derecho Civil y Comercial. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. [Documento en línea]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/198/Carhuatocto\\_sh\(1\).pdf;jsessionid=20EED225A7A449A04A7FE7D539E48D8E?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/198/Carhuatocto_sh(1).pdf;jsessionid=20EED225A7A449A04A7FE7D539E48D8E?sequence=1) [Consulta: 2018, mayo 23]. p. 69.
- Chávez, P. (2004). *Historias de las doctrinas filosóficas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Pearson Educación. Tercera edición. México. p. 64.
- Creswell, J. (2012). *Educational research. Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. [Investigación educativa. Planeación, conducción y evaluación en investigación cuantitativa y cualitativa]. (4ª ed.). USA: Pearson. p. 583.
- De Freitas, J. (2010). *El Derecho Médico en Iberoamérica: Evolución y perspectivas*. Revista Sideme. Número 5. Julio-septiembre, 2010. Universidade Estadual de Montes Claros Minas Gerais, Brasil. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.sideme.org/revista/num5/Drumond\\_Sideme5\\_esp.pdf](http://www.sideme.org/revista/num5/Drumond_Sideme5_esp.pdf) [Consulta: 2018, mayo 22]. p. 1.
- Franco, A. (2011). *Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado?* Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf> [Consulta: 2018, mayo 24]. p. 83.
- Federación Médica Venezolana, (2003). *Código de Deontología Médica*. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32939/26/6ta\\_sesion\\_fmvcodigo.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32939/26/6ta_sesion_fmvcodigo.pdf) [Consulta: 2018, mayo 24]. p. 1.
- Giraldo, M. (2011). *Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos*. Carabobo, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/ingenieria/revista/Ingen-Industrial/VolIII-n6/art5.pdf> [Consulta: mayo 22, 2018]
- Guba E., et al (2000). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. En C. Denman y J. Haro, Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en investigación social. Colegio de Sonora. México. p. 110.

- Hendrickx, J. (s/f). *Mala Praxis Médica*. Ministerio Público / Colección Memorias. Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. Disponible en: [http://catalogo.mp.gob.ve/min-publico/bases/marc/texto/Eventos/E\\_2011\\_p.149-159.pdf](http://catalogo.mp.gob.ve/min-publico/bases/marc/texto/Eventos/E_2011_p.149-159.pdf) [Consulta: 2018, marzo 30]. p. 155.
- Hernández R., Fernández C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* 5ª Ed. McGraw-Hill. Distrito Federal, México. p. 510.
- Hernández, M. (2017). *Pertinencia social en la formación profesional del Médico. Centro de Rotación Hospitalaria (CRH) "Dr. Egor Nucete" San Carlos, estado Cojedes*. Trabajo de grado para optar por el título de Magister Scientiarum en Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. Área de Postgrado UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. p. 8.
- Jara, O. (2011). *La sistematización de experiencias: Aspectos teóricos y metodológicos*. En Testimonios: p. 67.
- Kemmis S., et al (1992). *Cómo planificar la investigación acción*. Editorial Alertes. Barcelona, España. p. 568.
- Lara, Y. (2017). *Transformación del modo de hacer investigación de los docentes del Programa Ciencias Sociales y Jurídicas de la UNELLEZ San Carlos*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. Área de Postgrado UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 14-40.
- López, B. (2017). *Transformación de la comprensión del subproyecto Cálculo IV en los estudiantes de la carrera Ingeniería Agrícola de la UNELLEZ VIPI*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum Ciencias de la Educación mención Docencia Universitaria. Área de Postgrado UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 7-87.
- López M., y Chacón F. (1997). *Intervención psicosocial y Servicios Sociales. Un enfoque participativo*. Ed. Síntesis. Madrid, España. p. 11.
- Mariñelarena, J. (2011). *Responsabilidad profesional médica*. Revista Volumen 33, Supl. 2 abril-junio. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona # 16 Cuauhtémoc, Chihuahua, México. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112m.pdf> [Consulta: 2017, mayo 24]. p. 160.
- Martin, C. (2012). *Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal*. Tesis para optar al título de

- Doctor en Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona. España. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/123360/cmflde1.pdf> [Consulta: 2018, marzo 30]. p. 20.
- Martínez, J. (2015). *Ética Profesional y Deontología Médica: Una reflexión sobre el estado de la cuestión en Cuba*. Revista Bioética. La Habana, Cuba. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.cbioetica.org/revista/153/153\\_0413.pdf](http://www.cbioetica.org/revista/153/153_0413.pdf) [Consulta: 2017, junio 7]. p. 4.
- Martínez, M. (2015). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. Editorial Trillas. 2a edición. Ciudad de México, México. Pp. 66-274.
- Martínez, M. (1999). *La investigación educativa etnográfica en educación*. Editorial Texto. Caracas, Venezuela. p. 56.
- Martino, M. (2016). *Modelo Gerencial para Integrar la Red de Servicios de Salud Pública en el municipio Ezequiel Zamora del estado Cojedes*. Trabajo de grado para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia Pública. Área de Postgrado UNELLEZ-VIPI. Cojedes, Venezuela. Pp. 16-20.
- Molina, G. (2016). *El Proyecto de Investigación Acción Participativa en Educación, Teoría y Práctica*. Coordinación de Área de Estudios de Postgrado. Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales, UNELLEZ. Cojedes, Venezuela. Pp. 31-95.
- Morales, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Editorial Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf) [Consulta: 2018, mayo 17]. p. 6.
- Muñoz, L. (s/f). *Sobre la teoría pura del Derecho y la verdadera pirámide planteada por Hans Kelsen*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.scielo.org/bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1\\_a07.pdf](http://www.scielo.org/bo/pdf/rieiii/v8n1/v8n1_a07.pdf) [Consulta: 2018, mayo 17]. Pp. 181-184.
- Murcia, F. (1992). *Investigar para Cambiar. Un enfoque sobre investigación-acción participante*. Ediciones del Magisterio. Bogotá, Colombia. p.12.
- Ocampo, J. (2008). Paulo Freire y la pedagogía del oprimido Revista Historia de la Educación Latinoamericana, núm. 10, 2008, pp. 57-72 Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Boyacá, Colombia. [Documento en línea].

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf> [Consulta: 2018, mayo 17]. Pp. 63-64.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 2. ISBN 978 92 75 32938 2. Washington D.C, Estados Unidos. p. 3.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250) [Consulta: mayo 25, 2018]. p. 11.

Orrego, E. (2004). *Malpraxis Médica*. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/respcivil/malpraxis\\_medica.pdf](http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/respcivil/malpraxis_medica.pdf) [Consulta: 2018, marzo 30]. p. 1.

Pérez, G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Editorial La Muralla, S.A. Madrid, España. p. 3.

Robledo, J. (2009). *Observación Participante: Informantes claves y rol del investigador*. Centro de Investigaciones Nure. N° 42. Managua, Nicaragua. p. 3.

Rodríguez, H. (2001). *Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención*. Revista Médica Uruguay. Vol. 17 N° 1. Montevideo, Uruguay. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2001v1/art4.pdf> [Consulta: 2018, mayo 17]. p. 18.

Rojas, B. (2010). *Investigación Cualitativa fundamentos y praxis*. Caracas, Venezuela. p. 51.

Rojas, V. (2015). *La tridimensionalidad en la formación del médico: Visión recursiva del holograma social emergencista*. Trabajo de Ascenso. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.nexos.unerg.edu.ve/.../index.php?...tridimensionalidad-en-la-formación> [Consulta: 2018, marzo, 30].

Sautu, R. (2005). *Todo es teoría: Objetivos y métodos de investigación*. Lumiere. Buenos Aires, Argentina. p. 23.

Stockholm, C. (2003). *Teorías del aprendizaje, nuevo enfoque*. Educarchile. Av. Parque Antonio Rabat Sur 6165, Vitacura, Santiago de Chile.

- Strauss A., *et al* (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Contus. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia. p. 61.
- Venezuela, (1998). *Ley Orgánica de Salud*. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 36.579. Caracas. Noviembre, 11. [Documento en línea]. En: <http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20ORGANICA%20DE%20SALUD.htm> [Consulta: mayo 24, 2018].
- Venezuela, (1999). *Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860. Caracas. Diciembre, 30. [Documento en línea]. En: [http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860\\_constitucion.pdf](http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2014/01/LeyesOrganicas/GO-36860_constitucion.pdf) [Consulta: mayo 24, 2018].
- Venezuela, (2009). *Ley Orgánica de Educación*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Nro. 5.929 (Extraordinario), Caracas. Agosto 15.
- Venezuela, (2011). *Ley de Ejercicio de la Medicina*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 39.823. Caracas. Diciembre, 19. [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.mp.gob.ve/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=29938&folderId=684932&name=DLFE-3447.pdf](http://www.mp.gob.ve/c/document_library/get_file?p_l_id=29938&folderId=684932&name=DLFE-3447.pdf) [Consulta: 2018, mayo 25].
- Viesca, C. (2007). *Bioética. Concepto y métodos*. Revista Diálogos de Bioética. Ciudad de México, México. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.bioetica.unam.mx/assets/bioetica1.pdf> [Consulta: 2018, mayo 24]. Pp. 7-8.