

SOLIDARIDAD: ¿VALOR O ANTIVALOR? EN EL PERSONAL SANITARIO QUE MANEJA PACIENTES HEMANTOLÓGICOS. ANÁLISIS BIOÉTICO DE UN CASO EN CARABOBO-VENEZUELA.

SOLIDARITY: VALUE OR ANTI-VALUE? IN THE HEALTH PERSONNEL WHO TAKE CARE OF MANAGEMENT OF HEMATONCOLOGICAL PATIENTS. BIOETHICAL ANALYSIS OF A CASE.

Migyeri M. Chirinos G^{1,2}

ABSTRACT

In this study, the dilemma is raised in appreciating "Solidarity" as an aspect of the character of each individual, which depending on their value system can become a Value or an Anti-Value according to the results. The purpose of this study is to analyze the bioethical aspects of medical-health personnel in relation to Solidarity as a Value or Anti-Value in the care of hematoncological patients. For this, a case was presented for bioethical analysis, whose data will remain confidential at the express request of the patient's relatives. Methodological Construction: This research is carried out from the paradigm of Complexity; Two moments of study were proposed; The first moment is developed, with a Phenomenological – Hermeneutic approach, the analytical deconstruction of the ethical principles in the practice of health personnel, to which an open interview is carried out; The second moment describes the clinical case with a quantitative, observational, and descriptive approach. Findings and final considerations: In the presentation of the case there are great difficulties in clarifying the facts and subsequently establishing responsibilities associated with the health personnel, the "solidarity and brotherhood among the nursing staff" hindered the process, by not providing the records of the incident of security. In education and training we have the possibility of humanizing health personnel, starting with the most basic ethical knowledge and thus achieving exemplary conduct in professional practice, which can balance the system of values ??and anti-values ??that coexist in each individual.

KEY WORDS: values, solidarity, bioethics, hematoncological.

RESUMEN

Ante la disyuntiva en apreciar la "Solidaridad" como un aspecto del carácter de cada individuo, que dependiendo de su sistema de valores puede convertirse en un Valor o en un Antivalor de acuerdo a los resultados, se planteó como propósito de esta investigación analizar los aspectos bioéticos del personal médico-sanitario en relación a la Solidaridad como Valor o Antivalor en la atención de paciente hematoncológico. Para ello se presenta un caso, cuyos datos del paciente permanecerán en discreción por petición expresa de sus familiares. Esta investigación se realizó desde el paradigma de la Complejidad, en dos momentos; el primero, con enfoque Fenomenológico - Hermenéutico, la deconstrucción analítica de los principios éticos en el ejercicio del personal sanitario, para lo cual se realizó una entrevista abierta; en el segundo momento se describe el caso clínico con enfoque cuantitativo, observacional y descriptivo. En la exposición de dicho caso se encuentran grandes dificultades para esclarecer los hechos y posteriormente establecer responsabilidades asociadas al personal sanitario, la "solidaridad y confraternidad entre el personal de enfermería" obstaculizó el proceso, al no brindar los registros del incidente de seguridad. En la educación y capacitación tenemos la posibilidad de humanizar al personal de salud, comenzando con los conocimientos éticos más básicos y así lograr una conducta ejemplar en el ejercicio profesional, que pueda equilibrar el sistema de valores y antivalores que coexisten en cada individuo.

PALABRAS CLAVE: valores, solidaridad, bioética, hematoncológico.

Recibido: 24 de noviembre 2023

Aceptado: 10 de marzo 2024

INTRODUCCIÓN

El manejo multidisciplinario que requiere un paciente con diagnóstico hematoncológico implica la participación de profesionales y expertos en disciplinas que tienen responsabilidades específicas, pero deben permanecer conexas en un fin único: "un tratamiento exitoso". De allí que la conceptualización de Sistema, ha aportado al mundo científico, la comprensión del sujeto más allá del objeto y su interacción con el escenario que involucre a todas las partes; en este sentido, la Bioética busca una convergencia a partir de una sola disciplina

¹Docente investigadora del Departamento Clínico Integral del del Sur. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia. Venezuela. ²Investigadora invitada del Instituto de Investigaciones Médicas y Biocientíficas (IMBUC). Universidad de Carabobo, Valencia. Venezuela.

Migyeri M. Chirinos G. **ORCID:** 0000-0002-8358-5459

Correspondencia: dramigyeri@gmail.com

profesoramchirinos@gmail.com

que trasciende y permea a las demás¹. No todo puede ser rígidamente determinado ni todo lo estudiado ha sido realmente revisado en su totalidad, solo ssi se considera y respeta la intervención de todos los sistemas, su importancia e interacción equilibrada entre ellos, se puede lograr más que tratar una enfermedad o alteración, se atendería al individuo. Por tanto, para un ejercicio eficiente de la Bioética, se requiere crear espacios de diálogo entre disciplinas y se debe partir del presupuesto de que nadie posee toda la verdad, sino parte o aspectos de ella, lo cual ayuda a mirar el objeto (fenómeno, problema, dilema), desde diversos enfoques y aspectos; así la Bioética se basa en un diálogo interdisciplinar de tipo deliberativo¹.

El éxito de un tratamiento depende de muchos factores y, entre los que implica al personal de salud, se pueden mencionar: diagnóstico certero, elección de tratamiento ideal e individualizado, trabajo en equipo entre los especialistas necesarios y personal capacitado para cuidar, atender y administrar los fármacos; sin embargo, aunque parece tácito, es importante señalar que existen otros factores no explícitos y por su carencia, en algunos casos, se obtiene un resultado inesperado o incidente de seguridad diferente al objetivo principal que puede desencadenar, en consecuencia, la muerte del paciente. Se trata de los valores y antivalores presentes en cada uno de los participantes del equipo de salud que intervienen en este proceso de curación/rehabilitación².

En el personal de salud, valores como respeto, responsabilidad, honestidad, puntualidad, inteligencia, humildad son claros y notorios para quien posee la virtud de ellos; sin embargo, también es notoria la presencia de antivalores como irresponsabilidad, irrespeto, arrogancia, deshonestidad, entre otros, que coexisten en los profesionales del sector salud².

¡Si! en profesionales de la medicina, enfermería, psicología, bioanálisis, jefes y coordinadores de diversas áreas en estas disciplinas, puede ser observado este tipo de antivalores, pues son seres humanos con virtudes y defectos; pero, al tratar con vidas humanas no existe error justificable y no trabajar en función de la seguridad del paciente, trae implicaciones éticas, como señalan Cabrera y Palacios³, estableciendo que en primer lugar se pone en riesgo lo más sagrado, la vida de la persona, la cual es intangible e inviolable, y en segundo término contra la integridad. Las instituciones tienen el deber desde el punto de vista ético de hacer el bien, de promover la salud, de prevenir la enfermedad, de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

En estudios previos se ha señalado, de manera casi sistemática, que cuando se ha señalado que, de

manera casi sistemática, cuando se indaga a los profesionales de la salud acerca de las causas de los incidentes de seguridad y en especial de los errores, suelen escucharse argumentos que poseen una tendencia a identificar fuentes unicasuales que, por lo general, se relacionan con las deficiencias de las personas para ejecutar adecuadamente sus labores. Así, se escuchan expresiones relativas a la falta de capacidad o formación de un profesional o a la falta de atención o profesionalismo para llevar adelante su tarea³.

De un profesional de la salud se espera, especialmente, en aquellos dedicados al cuidado de pacientes con enfermedades hematológicas, un comportamiento acorde a la situación (por lo general difícil, complicada o dolorosa para quien necesita la atención sanitaria), donde denote su compasividad y solidaridad con el prójimo, tacto y elocuencia al comunicarse, humildad y honestidad en el proceso, y también empatía para lograr una óptima relación con el paciente.

Para el profesional de la Medicina, bastaría con mantenerse apegado al Código de Ética⁴ y Deontología establecido⁵; sin embargo, no todas las profesiones del sector salud cuentan con esta clase de normativa; es allí cuando dependemos del sistema de valores de cada individuo. La Solidaridad es el valor que resalta esta normativa y apela a la conciencia social del profesional para identificar y atender las necesidades de los sectores que requieran sus servicios⁶; en este sentido, la solidaridad tiene como objetivo ético, velar y proteger aquellos valores humanos que son fundamentales en la vida de la persona (dignidad, libertad, salud, cultura, trabajo, etc.)⁷

Las personas que desvirtúan la definición de la solidaridad como valor ético, con frecuencia consideran "solidario no denunciar al compañero", bien por incompetencia o falla moral, usando esta interpretación de la solidaridad por encima de los principios éticos fundamentales (Beneficencia y No Maleficencia) con el paciente y por ende colaboran en perpetuar conductas erróneas que, en algunos casos, ocultan negligencia impericia o imprudencia por parte del personal de salud. En este sentido, Giraldo⁸ explica que:

"cuando se es capaz de asumir al otro como uno de nosotros es porque se tiene la certeza de compartir con él un peligro común, hecho que pudiese ser considerado condición necesaria, aunque no suficiente, para el incremento social

de la solidaridad y es posible llegar a compartir esta certeza frente al sufrimiento presupone una puesta en escena de criterios de valoración moral: el sujeto juzga la situación del otro como sufrimiento innecesario, injusto y halla en esta situación un riesgo que lo alerta frente a la posibilidad de llegar a padecerlo".

Ante estos planteamientos, surge la disyuntiva en apreciar la "Solidaridad", como un aspecto del carácter de cada individuo, que dependiendo de su sistema de valores puede convertirse en un Valor o en un Antivalor de acuerdo a los resultados. En atención a ello, presentamos un caso para análisis bioético, cuyos datos patobiográficos del paciente y el centro asistencial permanecen en discreción por solicitud expresa de los familiares del paciente, respetando su Derecho a la Confidencialidad en Secreto Postmortem.

El propósito de esta investigación fue analizar los aspectos bioéticos del personal médico-sanitario en relación a la Solidaridad como Valor o Antivalor en la atención de un paciente hematológico hospitalizado en el servicio de Medicina Interna de un Hospital nivel IV de Valencia - Venezuela en el año 2019.

CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación se desarrolló desde el paradigma de la Complejidad, en dos momentos: el primero, enmarcado en el enfoque fenomenológico-hermeneúutico para proceder a la deconstrucción analítica del término Solidaridad, profundizar sobre la base epistemológica del mismo y su influencia directa sobre la conducta de los factores intervinientes, entiendase: paciente, cuidador y equipo sanitario, en el manejo de pacientes hematológicos. En el segundo momento, se procedió a describir el caso clínico a realizar el análisis, seguido de la triangulación de hechos y opiniones, desde la mirada bioética.

En este estudio, confrontamos la óptica del término Solidaridad, desde los factores intervinientes, teniendo en cuenta que la pregunta de investigación no podía limitarse sólo a una perspectiva metodológica; por tanto, fue necesario la combinación de factores humanos, sociales, científicos y económicos que permitieran transitar por el camino de la deconstrucción de lo presente, para construir un enfoque pluralista multidimensional de lo que hasta la actualidad (segunda década del siglo XXI), se entiende como un valor ético.

Igualmente, se enmarcó en un paradigma complejo considerando que se trató de indagar un

dominio susceptible de ser observado desde múltiples perspectivas. Dicho paradigma en ciencias médicas no se inscribe comúnmente en las tradiciones investigativas cualitativas y menos aún cuantitativas, pues ésta no puede encasillarse de manera simplista en una corriente o estilo determinado, sino que se caracteriza por estar estrechamente vinculada al contexto, y es el contexto mismo el que ha generado los cuestionamientos que conducen la investigación.

El supuesto ontológico fue mostrar el valor determinante de la capacitación ética y moral del personal de salud, a cargo de estos pacientes, para superar las complicaciones derivadas de los dilemas éticos presentes en la enfermedad o del tratamiento en si. Comprender cómo la Solidaridad puede afectar un tratamiento dependiendo del enfoque de todos los factores humanos participantes en la atención del paciente.

El primer momento del estudio se realizó bajo el enfoque cualitativo Fenomenológico-Hermeneútico, el cual en epojé, el propósito fue comprender cada sujeto de estudio mediante técnicas de entrevista abierta. El segundo momento se efectuó con carácter observacional - descriptivo para mostrar el contexto de la realidad en si y analizarlo desde la bioética.

Los Sujetos de Investigación fueron el Personal médico sanitario adscrito a la atención de un paciente con patología hematológica de reciente diagnóstico, durante su periodo de hospitalización en el servicio de Medicina Interna de un Hospital Nivel IV

Técnicas e Instrumentos de recolección de información:

Fue utilizada una entrevista abierta guiada por la investigadora, de la cual se obtuvo información que fue registrada en fichas de relatos para la codificación de unidades categóricas para el personal sanitario. En el paciente se aplicaron como instrumentos, previamente estandarizados y validados de evaluación psicológica, la Escala de Hamilton⁹ y el Inventario de Beck¹⁰.

Criterios de Excelencia: En atención a que los estudios complejos a menudo involucran sistemas, procesos o fenómenos interconectados. Se tomó en cuenta:

1) Integración de múltiples perspectivas: Al considerar diversas dimensiones y relaciones dentro del sistema como la comunicación interdisciplinaria, interdepartamental e Interinstitucional; en el proceso hermenéutico lo que es dicho por alguien, en

conversación, se asume que es su opinión y no la del investigador, la filosofía invita a tomar y respetar el dato donado, desde el propio mundo de vida aun cuando no se comparta, por lo que *una presuposición no representa una condición que facilite la comprensión, sino más bien, una nueva dificultad, ya que las opiniones previas que determinan mi comprensión pueden continuar completamente inadvertidas*¹¹. En este sentido, la tarea hermenéutica del investigador fue permanecer abierto a las opiniones del otro.

2) La triangulación de expertos. Se hizo empleo de la triangulación teórica al establecer diferentes teorías para observar un fenómeno, con el fin de producir entendimiento con distintas premisas que afectaran los hallazgos de un mismo grupo de datos e información y, por ende, confrontar teorías en esta investigación.

HALLAZGOS

Descripción del caso clínico: Se trata de paciente masculino, de 63 años de edad, viudo desde hace 7 años, natural de los Llanos Centrales del país y procedente de una zona urbana en la que reside desde hace más de 30 años, de ocupación técnico electricista, jubilado, con antecedente de Enfermedad Arterial Hipertensiva desde hace más de 10 años, no controlada (tratamiento irregular); quien presentó durante 15 días fiebre no cuantificada, mareos, debilidad y dolor en miembros Inferiores, que no calmaba con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES); los últimos 5 días se asocian hematomas espontáneos.

Condiciones Psico-sociales al momento de ingreso: Vive solo, vivienda cómoda, todos los servicios básicos, recibe pensión por jubilación e ingresos por alquileres de propiedades que no usa; sin mascotas. Familiares cercanos: Padre, Madre y Hermano fallecidos. Un Hijo que vive en el Municipio vecino y lo visita eventualmente. Una Sobrina procedente de su región natal y que reside a pocos minutos de distancia. Hábitos Psicosociales: Niega tabáquicos, Ingesta de Alcohol los fines de semana (cerveza), niega pareja sexual, niega uso de drogas ilícitas.

El paciente fue llevado por familiares a la Emergencia del Ambulatorio Urbano tipo II de su localidad donde le realizaron Hematología Completa, Glicemia, Creatinina, Urea y Examen de Orina, en los cuales se evidenciaron alteraciones que motivaron su traslado al Centro Hospitalario de Nivel IV de la zona, esa misma noche. El paciente fue recibido por la Emergencia de Medicina Interna, bajo el diagnóstico probable de Leucemia Aguda (por hallazgos clínicos y

de laboratorio con Hematología que reporta Leucocitos: 32.000 Segmentados, Neutrófilos: 20% y Linfocitos: 60% Blastos en 20%, Plaquetas: 75.000). Por disponibilidad de cama en sala de aislamiento, fue trasladado a dicha Sala de Aislamiento Inverso en Hospitalización de Medicina Interna donde esperaría evaluación conjunta con Servicio de Hematología, para realizar aspirado - Biopsia de Medula Ósea e iniciar protocolo de quimioterapia de acuerdo a resultados.

Los familiares fueron notificados de las condiciones clínicas del paciente y las razones de aislamiento por diagnósticos planteados, a fin de lograr su comprensión y disposición a realizarse el tratamiento, (elegido por el Servicio de Hematología una vez obtenidos los resultados de Inmunofenotipo), respetando los Art. 25 y 51 de Ley Ejercicio de la Medicina en Venezuela⁴ y los Artículos 69, 53 y 69 del Código de Deontología Médica de Venezuela⁵. Asimismo, se le explicó a los familiares el protocolo de solicitud de Drogas del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), para la obtención de fármacos con el fin de cumplir la quimioterapia y, también la necesidad de realizar estudios paraclínicos, autofinanciados por el paciente, por limitación de reactivos en la institución; solicitando serología para enfermedades infecciosas, perfil de coagulación y tipeaje, en cuyos resultados se reportó: HIV positivo. Ante lo cual se plantearon los siguientes diagnósticos:

1. Leucemia Mieloide Aguda.
2. Enfermedad Retroviral por HIV de reciente diagnóstico, estadio B.
3. Enfermedad Arterial Hipertensiva estadio 1 no controlada.

El servicio tratante solicitó interconsulta con el servicio de Infectología y se atiende a los familiares (que ya conocían el resultado, antes que el paciente y los médicos), quienes piden ocultar estos resultados de enfermedad retroviral por HIV de reciente diagnóstico al paciente.

De este modo se planteó la primera situación Bioética, constituyendo un dilema para el médico tratante entre dos principios fundamentales: Derecho a la Información y Calidad de Vida del paciente; la cual se analizó a partir del método holístico de Schmidt¹² y el protocolo para la presentación ante los Comités de Ética Asistencial propuesto por Cardoso¹³; enmarcado en los señalamientos oportunos del Código de Ética y Deontología Médica⁵ y la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela⁴.

El dilema en este caso, opone el derecho a la información del paciente (sobre su condición y riesgo de salud), frente a la solicitud de sus familiares, quienes advierten las posibles consecuencias emocionales negativas del paciente ante una noticia de esa complejidad, lo cual afectaría su calidad de vida y el éxito del tratamiento, incluso asoma el riesgo de un egreso contra opinión médica y la resistencia a cualquier opción terapéutica.

La situación cambia de matiz en menos de 24 horas, debido a que el dilema se transformó en conflicto interdisciplinar, pues, ante la posibilidad de conceder a los familiares la petición, garantizando así la calidad de vida del paciente (por encima del derecho a la información y la verdad e incluso del principio de beneficencia), el pronunciamiento del Servicio de Infectología fue contrario a dicha decisión, expresando que si el paciente desconocía su diagnóstico, no podía ser incluido en el Programa Nacional de Drogas Antiretrovirales (Plan de Salud que otorga a los pacientes que viven en condición de HIV positivo registrados, los fármacos para tratamiento de la enfermedad en Venezuela) y, en consecuencia, no iniciarían el tratamiento hasta que el paciente tuviera conocimiento de su diagnóstico. En este sentido era necesario notificarle que además de Leucemia, también era HIV positivo, a sus 63 años.

Al paciente se le aplicaron los instrumentos estandarizados para la evaluación de la Depresión y los resultados mostraron, según la escala de Depresión de Hamilton⁹, Depresión Severa (22 puntos) y Ansiedad Severa, con predominio en la expresión psíquica de la ansiedad, lo que coincide con el resultado del inventario de Beck¹⁰ para Ansiedad Grave (30 puntos). Ante esta situación bioética, se planteó un análisis holístico, esquematizado en diagrama (figura 1), siguiendo el modelo propuesto por Schmidt¹².

A las 72 horas de haber iniciado tratamiento farmacológico de quimioterapia, el personal de enfermería del turno de la noche advierte al familiar que se agotó la droga antineoplásica ARA-C, faltando 4 días de tratamiento ya protocolizado por el Servicio de Hematología, autorizado y despachado por la Farmacia del Seguro Social correspondiente, revisado e indicado por el Servicio de Medicina Interna a cargo del paciente, y previamente administrado sin novedad por las 2 guardias anteriores. Tras lo cual surgió una segunda situación bioética, constituida ésta inicialmente en un Problema Indeterminado por el número indefinido de soluciones a partir de un limitado conocimiento de los datos, como aclara Cardoso¹³.

A esta compleja situación se agregó la participación del residente de guardia, quien a solicitud del familiar y con la única intención de ayudar en la emergencia, otorgó un nuevo informe de petición de fármacos del IVSS proveedor; petición negada por la farmacéutica regente, por cuanto ya había otorgado, previamente, las dosis completas y exigió, con todo derecho, la justificación a dicha solicitud. Esto transformó el escenario en una segunda situación bioética, en un conflicto Interdisciplinar e Interdepartamental, tanto asistencial como administrativo y legal, el cual fue analizado y esquematizado en la figura 2.

Surgió así la interrogante principal ¿Por qué existía déficit del fármaco?: ¿fue administrado erróneamente o sustraído del lugar de almacenamiento dispuesto para ello? (y al cual solo tenían acceso el familiar del paciente, el personal médico y de enfermería). Por tanto, fue necesario establecer las responsabilidades pertinentes; diseñar nuevas opciones terapéuticas en el paciente y analizar su pronóstico, aclarar y razonar con los familiares, en su justa condición de disconfort con la situación, y justificar al instituto proveedor la falla del fármaco.

Cierre del caso clínico: El Paciente recibió sobredosis de ARA-C por interpretación equivocada del servicio de enfermería de turno del día 3 de Quimioterapia. Falleció 17 días posteriores al día 0 de protocolo de quimioterapia 7x3, por Hemorragia Intraparenquimatosa en contexto de Trombocitopenia severa y Emergencia Hipertensiva.

Descripción de casos por entrevista abierta:

En la entrevista abierta realizada al personal sanitario que atendió al paciente, un total de 6 profesionales, se pudo observar unidades categóricas relacionadas entre sí, aunque estos sujetos presentaran diferencias entre actividades horarias o específicas de su profesión, su relación no coincidía necesariamente, pero sus relatos sí (tabla 1). La investigadora pudo evidenciar fallas comunicacionales entre disciplinas (enfermería y medicina) y niveles (personal de guardia y coordinadores jefes).

Estos sujetos, profesionales de la salud, tienen tendencia a vivenciar situaciones de tristeza, rabia y frustración durante el ejercicio profesional. En algunos casos muestran tristeza integrada. En casos puntuales su expresión va cargada de violencia en sentido de defensa, con actitud desafiante al equipo de trabajo, en especial cuando percibe poco o nulo apoyo en su ejercicio, de parte de sus colegas y/o superiores. Las

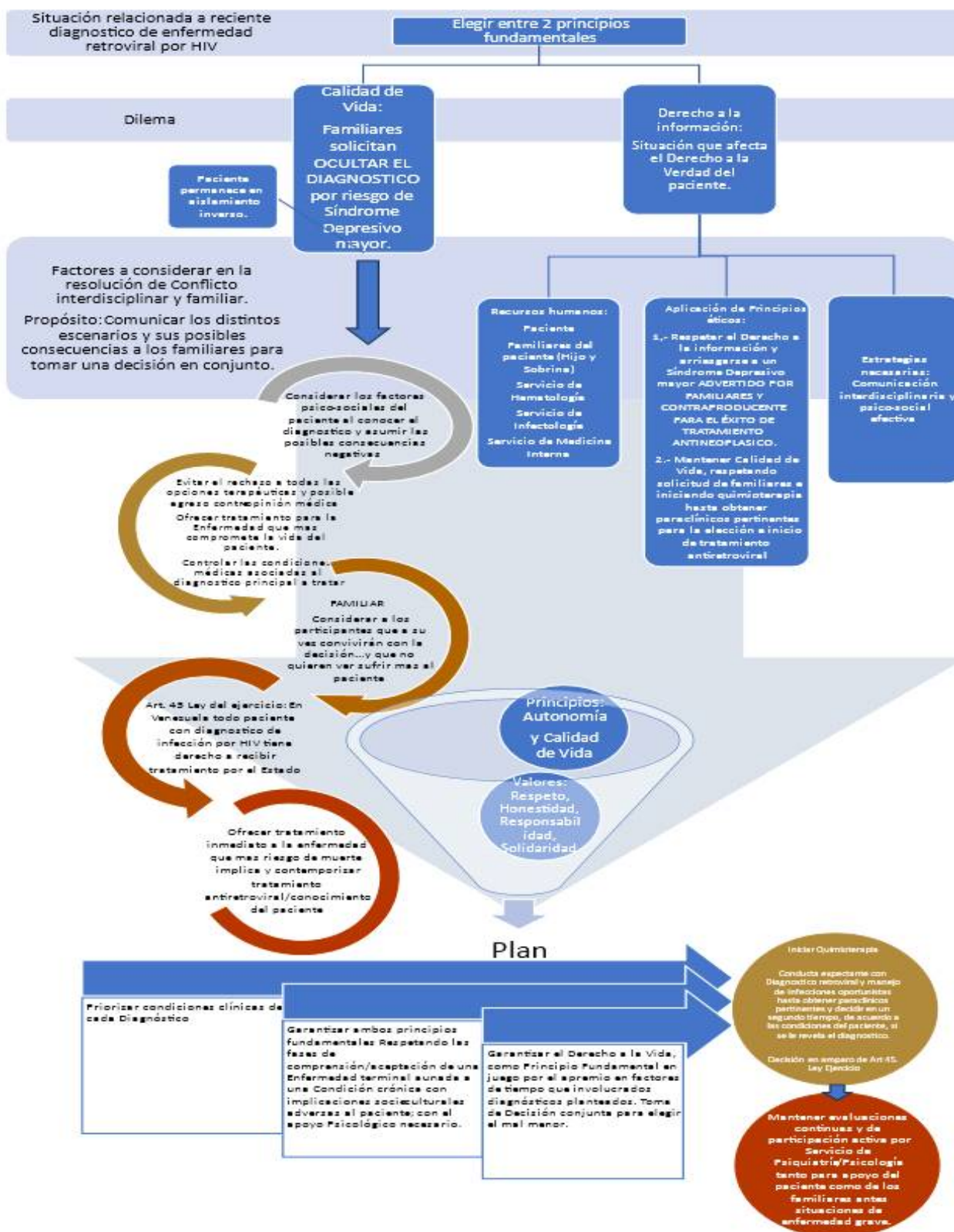


Figura 1. Análisis holístico de la realidad. Primera situación Bioética.

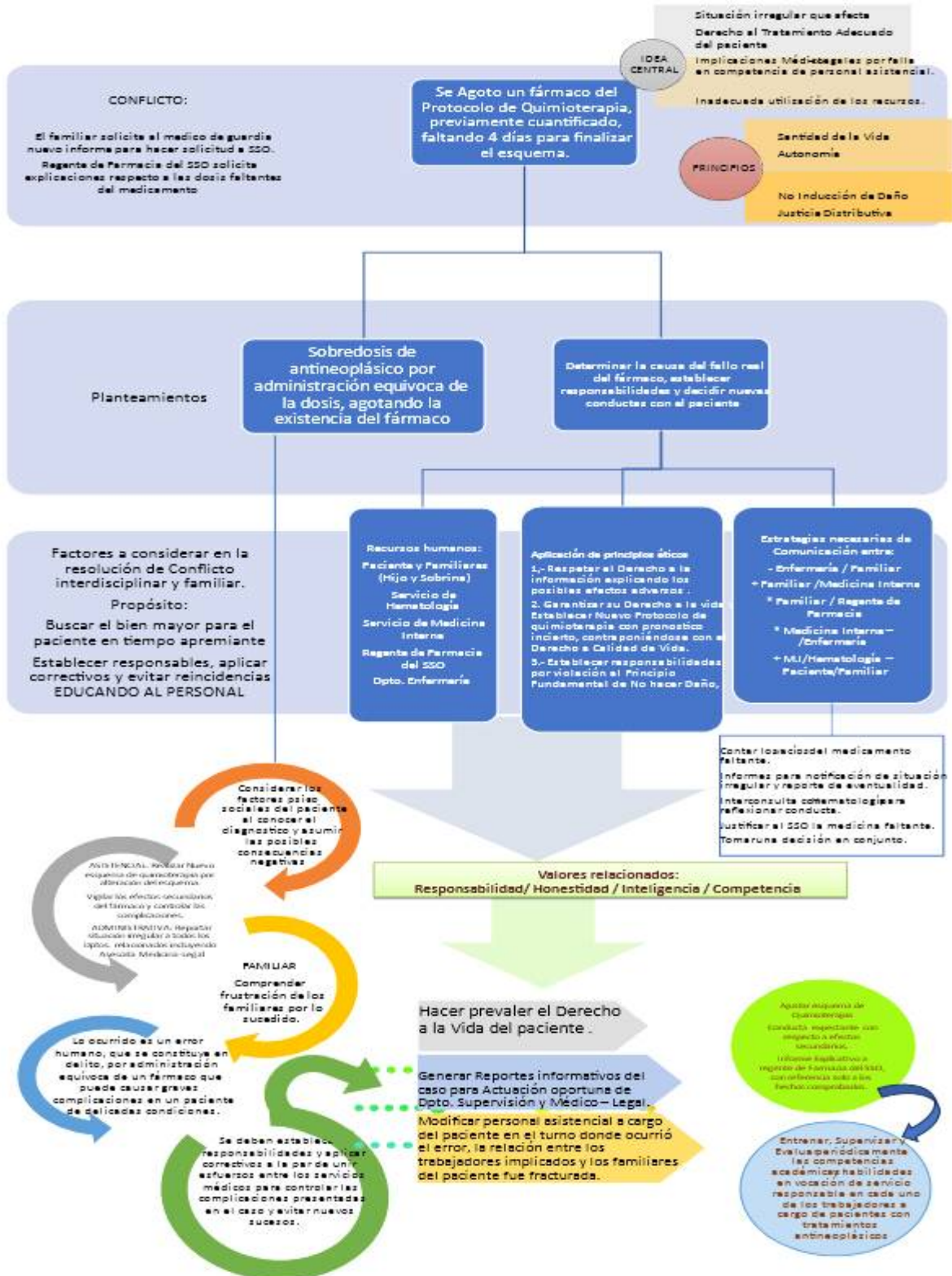


Figura 2. Analisis holístico de la segunda situación Bioética.

Tabla 1. Relatos de los sujetos en entrevista abierta.

Relatos	Unidad Temática
V.E.M.P: <i>“Algunos nos humillan, nos descalifican y se creen Dios al creer que estamos por debajo de su nivel, aun cuando somos tan profesionales como ellos y si alguna de mis compañeras comete un error, nunca lo expondré”</i>	Frustración, Rabia
V.E.N.P: <i>“Yo me siento triste debido a que la remuneración no me permite cubrir mi cesta básica, el amor a mi trabajo no corresponde la compensación monetaria que recibo y para no abandonar el espacio laboral y sobrevivir, he desarrollado vender algunos productos a mis contactos dentro y fuera del hospital sin descuidar las funciones establecidas a mi cargo”</i> .	Tristeza integrada
V.M.H.R: <i>“Seguir estudiando para no ver el progreso esperado, y me hizo pensar: ¿Y yo para cuando?. No es justo hacer tanto esfuerzo y notar que el equipo de trabajo no es confiable”</i> .	Tristeza, Frustración, Duelo profesional
V.E.J.H: <i>“Algunos médicos no logran aceptar la necesidad de trabajar en equipo con nosotras, que somos parte de su respaldo, en su sistema de apoyo, en pro de mejorar la atención del paciente y la calidad de vida del mismo”</i> .	Frustración, Rabia
V.E.R.S: <i>“Es importante que el médico aprenda desde sus inicios en su formación, desde mi experiencia en el hospital, a trabajar en equipo con nosotras; queremos ser su equipo... muchas veces queremos dar el 100% y no nos dejan”</i> .	Tristeza, Decepción
V.E.M.P: <i>“Hay funciones que los médicos no pueden hacer y nosotras si”</i> .	Tristeza

unidades categóricas muestran en su mayoría, un sistema de alianza implícita, en mutualismo que se hace evidente ante la percepción de amenaza hacia algún miembro del equipo, en palabras textuales: *“si cae una, caemos todas”*. La responsabilidad en la participación equívoca que genera algún incidente de seguridad es minimizada y justificada por los factores circunstanciales desde la mirada de los sujetos del estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

La Solidaridad es uno de los valores éticos presentes en los profesionales de la salud, y es posible solo a partir del reconocimiento del otro, de su ser actual y sus potencialidades⁸; sin embargo, la Solidaridad y confraternidad profesional puede ser mal interpretada a favor de quien obra en formas no éticas, coincidiendo con la apreciación de Barraez¹⁴ sobre la solidaridad profesional: *“ésta no es hermandad para justificar desafueros o cualquier modalidad de actuación reprochable, en aras de una mal entendida confraternidad”*; en este orden de pensamiento, surge la necesidad de que las diversas profesiones y oficios establezcan reglas de conducta para garantizar, formal y materialmente su ejercicio idóneo y adecuado; así se

determinan pautas de comportamiento que generen una serie de obligaciones y derechos tanto para los profesionales como para la sociedad, a modo de evitar el ejercicio negativo de la solidaridad.

En la exposición del caso se pudo observar las diferentes implicaciones de la solidaridad aplicada en la primera situación por parte del médico tratante, al hacer prevalecer la comodidad del paciente y sus familiares, contemporizando una noticia que podía causar un síndrome depresivo que complicaría la condición del mismo, lo que favoreció el inicio del tratamiento para la patología de ingreso: Leucemia Mieloide Aguda; sin embargo, en la segunda situación bioética nos encontramos con grandes dificultades para esclarecer los hechos y posteriormente establecer responsabilidades asociadas, pues la solidaridad aplicada en sentido negativo y el mutualismo entre el personal de enfermería obstaculizó el proceso, al no brindar los registros adecuados de la situación, no detallando la causa del fallo del medicamento (ni de sus recipientes vacíos ni de las dosis administradas), solo quedó la palabra del familiar testigo como evidencia y la no disponibilidad del medicamento, al igual que el silencio administrativo posterior al hecho.

En este sentido se coincide con lo expuesto por De Velazco⁷ en relación a que la pluralidad de sentidos e ideas que soporta el término solidaridad, obliga a clarificar y a establecer cuáles son las características fundamentales que lo distinguen e identifican en cuanto principio ético y, en consecuencia, bioético.

Al analizar los factores que causaron este conflicto y en concordancia con lo expresado por Cardoso¹³ es posible señalar que la falta de información y la priorización del departamento de enfermería sobre la opinión del familiar fueron los causales determinantes, así como también la incorrecta interpretación de valores éticos. Sin embargo, es importante insistir en la urgente necesidad de capacitar al personal de salud, no solo en competencia académica, científica y técnica sino moral y ética de forma continua, para lograr el respeto a los principios fundamentales del servicio en salud, pues no solo a los médicos se les debe exigir, también a todos aquellos profesionales que tengan en su responsabilidad el acompañar, de un modo u otro, al paciente en su proceso de curación/rehabilitación.

Para que los profesionales de la salud puedan asumir la dimensión ética de la profesión, es necesario que las instituciones de educación superior abran espacios o fortalezcan la formación ética en sus programas, tal como señala Ibarra⁶, y que durante la formación universitaria se incorporen y asimilen aspectos éticos de la profesión como una característica que enriquece la condición de profesionales.

En la resolución de conflictos bioéticos del sector sanitario, es necesario revisar el paradigma bajo el cual se miran en la actualidad y a partir de la ética aplicada, llegar al análisis multifactorial y polidimensional de cada incidente, para lograr la prevención de los mismos a futuro; se trata de cambiar el ¿quién fue?, por el ¿cómo pasó?, ¿porqué y cómo ocurrió?; y de este modo iniciar el camino a la comprensión de un fenómeno que produzca el desarrollo de estrategias institucionales que favorezcan la comunicación interdisciplinar, sin ocultar errores que comprometen la seguridad del paciente.

Aunque los valores y antivalores coexisten en el individuo, los antivalores deben ser identificados, notados y minimizados; la aplicación bajo enfoque negativo de un valor no debe justificarse y es necesario recanalizar las inclinaciones o buscar estrategias en el manejo del personal de salud a fin de no poner en riesgo la vida de ningún paciente. Esto requiere una ardua labor de supervisión continua, pero principalmente de capacitación del personal desde un enfoque humanista; comenzando con los conocimientos éticos más básicos hasta lograr una conducta ejemplar, ya que como dijo Kant¹⁵, *"una acción correcta es cuando se hace uso de la capacidad para hacer el bien sin importar las consecuencias"*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Rodríguez E. Temas para una Bioética Latinoamericana. *Acta bioeth.* 2009; 15(1): 87-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100011&lng=es. doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011.
- 2) Amaro-Cano MP, *et al.* Percepción de valores y antivalores coexistentes en el sector salud. *Educación Médica Superior.* 2018; 32 (1). Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1255>.
- 3) Cabrera W, Palacios A. Visión Ética de la Seguridad del paciente: un componente clave de la salud pública. En: *Bioética y Salud Pública en y para Latinoamérica y el Caribe.* FELAIRE. 1era. Edición: Santiago de Chile, 2015; p 351-361. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com>.
- 4) República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional. Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 de fecha 19 de diciembre de 2011. Caracas, Venezuela.
- 5) Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.
- 6) Ibarra Rosales G. Ética y valores profesionales. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios.* 2007; (49):43-50. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004907>
- 7) De Velazco J. Principio ético de Solidaridad. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética* 1978. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/303>.
- 8) Giraldo Y, Ruiz A. La Solidaridad. CLACSO. Bogotá. 2019; 112-134. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gl/20190905072159/Libro_Solidaridad.pdf
- 9) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23(1):56-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>
- 10) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>
- 11) Gadamer H-G. Verdad o Método. Fundamentos de una Hermenéutica. Salamanca, España: Editorial Sígueme. 1998. Disponible en: https://www.academia.edu/9082328/Verdad_y_M%C3%A9todo_I_Hans_Georg_Gadamer
- 12) Schmidt L. Método de Interpretación y Análisis Holístico en casos Bioéticos. *Acta bioeth.* 2008; 14(1):39-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-
- 13) Cardoso C. Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos ante los Comités de Ética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho.* España; 2013; 24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1886-58872013000300004> [Links]
- 14) Barráez C. Ética para estudiantes de medicina. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Valencia, Venezuela. 1era. Edición, 1998; p.99.
- 15) Torralba J. La teoría Kantiana de la acción: De la noción de máxima como regla autoimpuesta a la descripción de la acción. *Tópicos (México).* 2011; 41:17-61. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492011000200002&lng=es&nrm=iso