



**Rev Mex Med Forense, 2023, 8(1):145-177**  
**DOI: <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v8i1.2989>**  
**ISSN: 2448-8011**

**Pandemia SARS-COVID-19. Una mirada crítica  
desde la responsabilidad médico  
deontológica-jurídica en Venezuela**  
**Artículo de revisión**

SARS-COVID-19 pandemic. A critical look from medical deontological-legal  
responsibility in Venezuela

**Araujo-Cuauro, Juan Carlos<sup>1</sup>**

Recibido: 16 mayo 2022; aceptado: 8 junio 2022; Publicado: 15 enero 2023

1. [Universidad del Zulia, Venezuela](#)

Corresponding author: [Dr. Juan Carlos Araujo Cuauro, j.araujo@sed.luz.edu.ve](mailto:j.araujo@sed.luz.edu.ve).

**Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud.**  
**Editorial Universidad Veracruzana**  
**Periodo enero-junio 2023**

## RESUMEN

*Propósito: de este artículo es exponer y asumir una posición crítica y constructiva frente a la realidad de la pandemia SARS-COVID-19 y sus consecuencias complejas desde las aristas de la responsabilidad deontológica-jurídica médica, en función a la normativa venezolana a esa eventualidad excepcional de la pandemia. Enfoque: La pandemia causada por la SARS-COVID-19 ha generado en la población mundial en general una serie de grandes cambios, retos e incertidumbre; no, obstante para nadie es extraño que el sector de la salud ha sido y es el que más desafíos y retos ha tenido que afrontar debido a estar en la primera línea de ataque contra esta enfermedad infecciosa Descripción: En el contexto, sobre la temática de la responsabilidad deontológica-jurídica médica ha ocupado una gran importancia; ya que la gradual y ascendente demanda, la escasez de recursos (suministros médicos, personal especializado, medidas de bioseguridad personal. Entre otras) así como la propia complejidad de esta enfermedad de la COVID-19. Punto de vista: La responsabilidad médico-sanitaria no está supeditada al éxito o fracaso de un tratamiento. Jurídicamente, lo relevante es la conducta desplegada y el daño solo es un indicio de que pudo haber una conducta negligente, esto induce al planteamiento de diversos dilemas problemáticos desde sus consideraciones y consecuencias deontológica-jurídica. Conclusión: Esta crisis médico sanitaria pandémica existe y hay un incumplimiento de los estándares éticos, bióticos, deontológico y jurídico legal tanto de la responsabilidad del médico y de la asistencia médica venezolana del Estado, concretamente, una vulneración no justificada de los derechos fundamentales de los pacientes. Palabras claves: Responsabilidad médica, SARS-CoV-2, lex artis, falta de servicio, salud pública.*

## SUMMARY

*Purpose: the purpose of this article is to expose and assume a critical and constructive position facing the reality of the SARS-COVID-19 pandemic and its complex consequences from the perspective of the medical deontological-legal responsibility, according to the Venezuelan regulations to this exceptional eventuality of the pandemic. Approach: The pandemic caused by SARS-COVID-19 has generated in the world population in general a series of great changes, challenges and uncertainty; however, it is not strange to anyone that the health sector has been and is the one that has had to face more challenges and challenges due to being in the first line of attack against this infectious disease Description: In the context, on the thematic of the medical deontological-legal responsibility has occupied a great importance; since the gradual and ascending demand, the scarcity of resources (medical supplies, specialized personnel, personal biosecurity measures. Among others) as well as the complexity of this COVID-19 disease. Point of view: Medical-health liability is not contingent on the success or failure of a treatment. Legally, what is relevant is the conduct deployed and the damage is only an indication that there may have been negligent conduct, this leads to the posing of various problematic dilemmas from their deontological-legal considerations and consequences.*

*Conclusion: This pandemic medical-health crisis exists and there is a breach of the ethical, biotic, deontological and legal standards of both the responsibility of the physician and of the Venezuelan medical assistance of the State, specifically, an unjustified violation of the fundamental rights of the patients*

*Keyword: Medical liability, SARS-CoV-2, lex artis, medical malpractice, public health, public health.*

## INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar el siguiente artículo cabe hacerse estas dos primordiales preguntas ¿Cuál es la responsabilidad deontológica-jurídica que asumen los médicos durante esta pandemia? y ¿Cuál es la responsabilidad jurídica de los establecimientos de salud en Venezuela?

La pandemia causada por la SARS-COVID-19 ha generado en la población mundial en general una serie de grandes cambios, retos e incertidumbre; no, obstante para nadie es extraño que el sector de la salud ha sido y es el que más desafíos y retos ha tenido que afrontar debido a estar en la primera línea de ataque contra esta enfermedad infecciosa suscitada por este nuevo Coronavirus. De hecho, la realidad médico sanitaria mundial como la realidad venezolana se enfrenta hoy en día a un nuevo escenario, donde la praxis médica se encuentra condicionada no solo por las limitaciones de los recursos; sino también por el desconocimiento o falta de información de esta nueva enfermedad (Trilla, 2020).

Es por esto que, en este contexto, sobre la temática de la responsabilidad deontológica-jurídica médica ha ocupado una gran importancia; ya que la gradual y ascendente demanda, la escasez de recursos (suministros médicos, personal especializado, medidas de bioseguridad personal. Entre otras) así como la propia complejidad de esta enfermedad de la COVID-19, que el sector médico sanitario está enfrentando ha conllevado en muchas partes del mundo el aumento de denuncias por negligencia médica contra los profesionales y establecimientos de salud de donde de dicha realidad no se escapa el ámbito médico venezolano. De hecho, este problema médico-legal que se está coexistiendo a nivel de la sociedad médica mundial; tales son los casos que, incluso, algunos países han emitido normas que establecen una especial protección e inmunidad para los profesionales de salud que se encuentran enfrentando esta nueva realidad (Cárdenas, 2020).

Definir la naturaleza de la responsabilidad deontológica-jurídica médica es un tanto compleja; pero antes de profundizar en el abordaje de este tema, es necesario considerar y hacer brevemente referencia a los elementos que pueden ser constitutivos de la responsabilidad médica: (a). La Antijuricidad, entendida como la conducta contraria a lo que dispone o prohíbe el ordenamiento jurídico; (b). El factor de atribución entendida como el título o causa por el cual el ordenamiento jurídico hace responder a una persona por un daño, los cuales pueden ser objetivos (garantía, riesgo creado o abuso de derecho) y subjetivos (culpa leve, grave o inexcusable y dolo); (c). El nexo causal es la correspondencia entre el acto de la persona a la que se le atribuye la responsabilidad y el daño producido; y (d). El daño es la consecuencia del acto ilícito, el cual puede ser patrimonial (daño emergente y lucro cesante) o extrapatrimonial (daño moral) (Bueres, 2006).

Por lo tanto, la responsabilidad médica se encuentra relacionada con el tema de la mala praxis médica, entendida esta como el acto antijurídico en el que incurre un médico y que, producto de ello, se genera un daño a la salud o vida del paciente, generando la obligación de resarcir dicho daño. Es por ello que, en ámbito del derecho civil a efecto de determinar la naturaleza de la responsabilidad médica, es importante y necesario dilucidar si esta se encuentra en el marco de la responsabilidad contractual o extracontractual; ya que ambos sistemas son diferentes en varios aspectos. Por un lado, la responsabilidad contractual se genera por el incumplimiento de un deber establecido previamente en una “relación jurídica obligatoria”. Por su parte, la responsabilidad extracontractual es consecuencia del incumplimiento de un deber genérico (de no causar daño a los demás), sin que exista algún vínculo obligacional entre las partes. (San Martín, 2019a).

En virtud de lo antes expuesto, se puede definir entonces a la responsabilidad médica como la inejecución culposa o dolosa de las obligaciones nacidas en virtud de una relación contractual (tácita o explícita) entre el médico y su paciente, surgiendo la obligación de indemnizar el daño causado. Producto de todo esto surge otra nueva interrogante esa responsabilidad ética-jurídica es una ¿Obligación de medios o resultados la del médico? como ya se ha mencionado con lo antes narrado, la naturaleza de la responsabilidad médica es compleja y para determinarla no solo basta identificar si esta se encuentra en el campo de la responsabilidad contractual o extracontractual; si no también determinar si el médico o el establecimiento médico hospitalario han asumido una obligación de medios o resultados (Colmenares, 2005).

En atención a lo arriba señalado, en principio, los médicos asumen obligaciones de medios pues, aunque el objetivo o fin de todo médico es curar a un enfermo, aquel no puede asegurar un resultado, debido a los factores de riesgos que influyen en su actividad sobre todo con esta pandemia del SARS-COVID-19; pero sí puede comprometerse en actuar con diligencia, conforme a la *lex artis ad hoc*, y aplicar todos sus conocimientos y recursos disponible posibles para conseguir el resultado deseado (Bakewell, Paulsy Migneault, 2020)

La salud es un valor compartido por las sociedades como uno de los objetivos del desarrollo y condición necesaria para lograr una verdadera igualdad de oportunidades. Es ampliamente reconocida la obligación del Estado de protegerla tal como lo indica el artículo 83° y 84° de nuestra Constitución Bolivariana. También avala esta obligación el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (Fernández, 2007).

Por tal motivo, el objetivo de este artículo es exponer y asumir una posición crítica y constructiva frente a la realidad de la pandemia SARS-COVID-19 y sus consecuencias complejas desde las aristas de la responsabilidad deontológica-jurídica médica, en función a la normativa venezolana a esa eventualidad excepcional de la pandemia

## Metodología aplicada

Para el alcanzar los objetivos mencionados se siguieron varias estrategias metodológicas. De acuerdo al ámbito y al diseño bibliográfico o documental de la investigación, se utilizaron fuentes de información primarias y secundarias u otras investigaciones ya que se pretende evidenciar el impacto de esta pandemia del SARS-COVID-19. En la responsabilidad deontológica-jurídica en el ámbito médico venezolano derivada durante la pandemia del Coronavirus SARS-COVID-19.

Se realizó una revisión bibliográfica y hemerográfica, exhaustiva y actualizada en las diferentes bases de datos como: Scielo, Proquest, Ebsco, Academic One File, Fuente Académica Premier, Redalyc. org y Google Académico, sobre los informes oficiales en torno al sistema médico sanitario venezolano. Una vez realizada la revisión bibliográfica se procedió a interrelacionar la información obtenida para analizarla y reflexionar, así como deducir la presentación adecuada de las variables objeto de estudio.

El proceso metodológico que se llevó a cabo para la revisión de estudios e investigaciones para poder establecer el estado de avance en este tema, fue preciso examinar algunas de las investigaciones que se han venido realizando en los diferentes países sobre el impacto de la pandemia por el Coronavirus SARS-COVID-19, en la responsabilidad deontológica-jurídica en el ámbito médico venezolano.

En este proceso indagativo se llevó a cabo durante todo el año 2020 y parte del 2021 y comprendió desde el punto de vista de su operatividad de dos etapas: En una primera etapa se desarrolló la constatación de las bases de fuentes documentales escritas secundarias existente que abordan la temática que permiten identificar, seleccionar y elaborar la lista de autores analizar con respeto a dicha temática. En el segundo momento y último momento, se procedió a redacción del artículo para su publicación, análisis y coherente discusión por los lectores.

## **La responsabilidad profesional medica derivada de la pandemia de la SARS-COVID-19**

En estos tiempos de la pandemia por esta nueva cepa de Coronavirus SARS-CoV-2, como la causa patógena del COVID-19, los servicios de salud no son ajenos a la presentación de esta enfermedad infecciosa; son muchos los aspectos que ubican la responsabilidad profesional del médico en alto riesgo de su ejercicio profesional. Son muchos los factores relacionados al mundo globalizado que van favorecieron la rápida expansión del Coronavirus a todo el planeta, provocando una crisis sanitaria de gran magnitud que obligó a la OMS a declarar, en marzo de 2020, la situación de pandemia por la SARS-COVID-19 (WHO. 2019).

Es muy probable que, la asistencia médico sanitaria tal y como se conocía haya cambiado con esta pandemia de manera considerable definitiva. A medida que los profesionales médicos de todo el mundo han ido afrontando sus responsabilidades profesionales en la lucha contra el COVID-19, han ido surgiendo diferentes aspectos médico éticos-legales que ameritan una especial atención.

Exige del médico una gran responsabilidad individual hacia su paciente y una responsabilidad colectiva hacia la sociedad de ciudadanos donde ejerce. Asimismo, es una actividad que exige una gran esencia de sacrificio y deseo de superación constante, debido a la obligación de actualización cotidiana que la diferencian del resto de los demás oficios que ejerce el ser humano. Es por ello que el ejercicio profesional de la medicina siempre se haya visto vigilado, supervisado y controlado por una serie de lineamientos normativos de conducta éticas, morales y legales, que han sustentado y sostenido una consistente y empecinada disciplina para que la intervención, acción o actuación del médico sea equiparada con el proceder de aquel individuo diligente, escrupuloso, cuidadoso y previsivo, cauto, precavido y prudente que busca el bienestar de su congénere (paciente) y de la sociedad en general (Colmenares, 2005).

De tal manera que la actuación del médico podrá provocar una responsabilidad de orden civil, penal, administrativa, ya sea de índole contractual o extracontractual, según el caso; de orden ético y disciplinario, cuando falla en su conducta moral y disciplinaria.

Durante esta pandemia por la SARS-COVID-19 los médicos han tenido que enfrentarse a escenarios catastróficos con insuficientes recursos (camas en unidades de cuidados intensivos, insumos médicos, recursos humanos, ventiladores, equipos de bioseguridad personal, entre otros...) para el gran número de pacientes infectados por el virus en estado crítico. Esto ha condicionado que, además de la priorización de pacientes o establecimiento de un orden de asistencia médica, ha sido necesario el racionamiento de recursos, tanto en el ámbito hospitalario como en el residencial y socio-sanitario, lo que



implica asignar un recurso (ya sea un tratamiento o una prueba diagnóstica frente a SARS-CoV-2) a un paciente y no asignarlo a otro, por lo que de dicha decisión depende su pronóstico vital (Emanuel et al, 2020)

Entonces la responsabilidad profesional médica no es más que la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. Durante la pandemia por la SARS-COVID-19 la asistencia médica sanitaria en Venezuela se enfrentó y se sigue enfrentando a un escenario de praxis médica distinta a lo cotidiano o de lo habitual y los profesionales médicos actúan en el marco de una organización asistencial sanitaria ya condicionada por la crisis económica y social que vive el país y que la pandemia vino agravar aún más, con una gran presión médico asistencial, ante una nueva patología y nuevas regulaciones promulgadas como lo es la cuarentena o el confinamiento físico social obligatorio decretado por el ejecutivo nacional, es por esto que son grandes los desafíos al que se enfrenta el médico (Arimany-Manso y Martin-Fumadó, 2020).

La primera son las obligaciones sobre todo en caso de las de tipo moral y tienen que ver con lo que se espera del profesional de la medicina. Es decir, las normas recogidas en los códigos deontológicos no tienen un carácter jurisprudencial, a menos que su incumplimiento conlleve también el incumplimiento de la ley vigente, surgiendo la segunda las obligaciones carácter jurídicas.

Entonces se postula que, tratándose de una enfermedad nueva, los principios de la responsabilidad por culpa evitarán que los prestadores médicos sean condenados por hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia. Además, en cuanto al problema de salud pública, todo juicio de responsabilidad deberá tomar en cuenta los cambios que se producirán en la *lex artis* médica, y diferenciar la eventual responsabilidad de los prestadores de salud de aquella que corresponda a la autoridad encargada de controlar los efectos de la pandemia.

La relación entre prestaciones médicas y responsabilidad se intensifica cuando los profesionales médicos se enfrentan a una enfermedad nueva. Más aún si esa enfermedad acontece en pandemia. Enfrentar la pandemia del SARS-CoV-2, conocida mundialmente como COVID-19, constituye un desafío enorme, el cual hay que abordar por los múltiples aspectos de esta enfermedad. Todos los factores, que impliquen dudas cognitivas y sobrecarga de trabajo, inciden significativamente en la toma de decisiones, pudiendo desencadenar perjuicios en los pacientes. Desde luego, la responsabilidad médico-sanitaria no está supeditada al éxito o fracaso de un tratamiento. Jurídicamente, lo relevante es la conducta desplegada y el daño solo es un indicio de que pudo haber una conducta negligente. Esto induce a plantearse los siguientes supuestos dilemáticos problemáticos con sus consideraciones y consecuencias deontológica-jurídica:

El primer grupo de los supuestos dilemas problemáticos. Se enfoca en una Nueva enfermedad como surgimiento de brote epidémico. El SARS-COVID-19 como suceso y el surgimiento como brote epidémico, son acontecimientos excepcionalmente angustiosos o

agobiantes para el personal médico asistencial al tener que confrontar experiencias extremadamente traumáticas que esta enfermedad pueda generar.

Ha esto se le adiciona que, durante la actual pandemia SARS-COVID-19 muchos profesionales médicos han tenido que prestar la atención médica a pacientes infectados por el virus a pesar de las dificultades en la dotación de los equipos de bioseguridad de protección personal adecuados e insumos hospitalarios y con una infraestructura hospitalaria deficiente. Es por esto que el desconocimiento inicial de la infección junto con los primeros contagios de profesionales médicos por falta de Equipos de Bioseguridad de Protección Individual (EBPI) adecuados precipitó el miedo generalizado ante una amenaza desconocida, latente y con un alcance imprevisible. Ante esta situación, la respuesta de los centros prestadores de salud fue el cierre de los servicios hospitalarios como medida preventiva y de contención para frenar su avance (Yan, et al, 2020).

Por ello, ahora más que nunca no se le pueda exigir al profesional de la medicina que cumplan con un resultado en específico; por lo que su obligación seguirá siendo únicamente de medios, en el cual solo se tiene el compromiso de actuar con diligencia, conforme a sus conocimientos y la *lex artis* (ley del arte del médico) que a pesar de que es un concepto difícil de determinar, pero que se puede entender como el conjunto de normas o criterios de carácter valorativo que permiten que el accionar del médico se realice conforme a los protocolos o tratados médicos hasta ahora existente para esta nueva enfermedad, como es la SARS-COVID-19, sin muchos conocimientos respecto de su comportamiento y evolución, se vuelve más complicado que el acto médico sea acertado para el diagnóstico y la terapéutica de esta nueva enfermedad.

La terapéutica de los efectos nocivos de enfermedades “desconocidas” no es nuevo ni para la medicina ni para el derecho. Por citar un ejemplo con la aparición de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Fueron múltiples los contagios se produjeron producto de las transfusiones de sangre antes de que se conociera la forma de transmisión del virus. Es por estos que cuando existen enfermedades desconocidas, como la generada por la acción del VIH o el SARS-CoV-2, la ciencia comienza una carrera frenética por identificar y controlar la amenaza que puedan generar. Muchas veces ello implicará identificar la estructura y la forma de diseminación o propagación de la enfermedad para, sobre esa base, implementar las estrategias de prevención y su terapéutica, sobre todo en la fase inicial de este proceso, profesionales de la medicina indudablemente ejecutarán y omitirán acciones que generarán daños a las personas y que, por lo mismo, plantean la pregunta por la responsabilidad. Dentro de las consideraciones y consecuencias jurídicas deontológicas.

El Código de Deontología Médica venezolano recoge en los artículos.

Artículo 1º. - El respeto a la vida, dignidad, y a la integridad de la persona humana, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.



Artículo 46°. - El concepto de abandono -práctica condenable- implica la ruptura unilateral, llevada a cabo por el médico, de sus relaciones profesionales con enfermo, no precedida de la notificación razonable que permita la búsqueda de un sustituto, cuando aún existía la necesidad de atención médica.

Artículo 14°. - El médico se halla autorizado para emitir diagnóstico e indicar tratamientos; pero un médico no debe, salvo en circunstancias excepcionales, formular diagnósticos o aplicar procedimientos terapéuticos que excedan su competencia o sus posibilidades.

Artículo 15°. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados para aplicar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlos física y psíquicamente

Artículo 16°. - La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto de la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos no irán más allá del riesgo previsto.

Artículo 69°. - El médico, como funcionario del Estado o de organismos asistenciales de cualquier naturaleza, tiene el derecho de rehusar aquellas atenciones que no encuadran dentro de las obligaciones inherentes al cargo que desempeña.

La Ley del Ejercicio de la Medicina en su artículo 24° expresa.

“La conducta del médico o médica se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico y médica: por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos o ellas”.

Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano en su condición de paciente y la necesidad de que sean respetados sus derechos humanos fundamentales, consagrados en la Constitución bolivariana; a la vida (art. 43° El derecho a la vida es inviolable.), a la salud y el derecho a una atención médica apropiada y de calidad. por ello, en derecho se habla del “derecho a la protección de la salud” o del “derecho a la preservación de la salud”. (art. 83° La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida y el art. 84° Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud...), a la integridad física (art. 46° Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral...), a la dignidad, a la libertad de conciencia (art. 61° Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia...), el derecho a la autodeterminación (art.

20° Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad...), a la información, (art. 58°) al consentimiento informado.

Asimismo, el derecho a la vida está formulado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. 1°), en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (art. 4°, inc. 1°), en la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 3°). El derecho a la preservación de la salud está contemplado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25°) y por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12°). El Pacto de San José de Costa Rica dispone que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Como correlativo de esos derechos está el derecho a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, la Ley Orgánica de Salud en el artículo 3° expresa. “Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios: Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza”.

El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial estipula que “El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad”; y ello lo debe poner en práctica, respetando los mejores intereses del paciente: su vida y su salud, su dignidad y su libertad. Toda la praxis médica debe ser acorde a la ciencia médica; esto es, a “los principios médicos generalmente aprobados”. Oportunamente, la Declaración de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales (1973) prescribió:

10. “El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención”. El derecho a la salud del que gozan todas las personas empezará a ser realidad si, aparte de batallar contra otros factores básicos (jurídicos y económicos principalmente), se instrumentan los medios necesarios para que la accesibilidad en tiempo propio al servicio de salud sea posible y durante todo el tiempo que el enfermo necesite ser asistido médicamente (desde el prisma de una continuidad razonable de la atención médica), acercando la realidad al deber ser”.

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 69°. “Los pacientes tendrán los siguientes derechos: El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado...”.

Finalmente, el desconocimiento de esta nueva enfermedad causada por el Coronavirus SARS-CoV-2 ha sido uno de los principales desafíos que han tenido que afrontar los médicos; ya que sus labores lo han desarrollado en base a protocolos o lineamientos desconocidos, imprecisos, inciertos y cambiantes, esto los predispone a que sean víctimas de diversas denuncias por negligencia médica. Sin embargo, es importante seguir recalando

que en medio de esta pandemia, hoy más que nunca los médicos, siguen asumiendo una responsabilidad de medios; ya que no pueden certificar alguna solución o resultado; por lo que dicha responsabilidad debe ser juzgada en base a las individualidades de cada caso en específico, teniendo y tomando en contemplación la existencias y disponibilidad de los recursos, la diversidad y complejidad del acto médico y las circunstancias y particularidades específicas de cada paciente con la enfermedad por el COVID-19 (Bertoldi, 2014).

Asimismo, a raíz de los hechos suscitado que se han escuchado e incluso vivido, la deplorable y desagradable circunstancia de asistir a un centro de salud privada y no poder recibir la atención médica requerida; ya sea por no haber disponibilidad de camas o porque, en el caso, de las instituciones privadas solicitaban el pago previo de una exorbitante suma de dinero para poder acceder a su servicio. En ese sentido, los centros de salud, privado, que se hayan dentro de este contexto de negar la atención a los pacientes en estado de gravedad debido a la infección por el SARS-COVID-19, por el motivo de no contar con un seguro o por no haber efectuado un pago previo, incurriría en una responsabilidad objetiva y exclusiva; porque claramente estarían atentando contra el derecho a la vida y salud de las personas.

Ahora bien, como ya se ha reiterado a lo largo de exposición de este artículo, esta responsabilidad debe ser siempre determinada en cada caso en concreto y teniendo y tomando en consideración las limitaciones propias del actual contexto de esta pandemia; ya que, la exorbitante demanda que han tenido que enfrentar estos establecimientos de salud ha generado que hayan superado su capacidad de atención.

El segundo grupo de los supuestos dilemas problemáticos. Esta comprendido en la posible negación a la asistencia médica por COVID-19. Como ya se había expuesto con anterioridad el desafío por el desconocimiento de esta nueva enfermedad iba hacer muy complejo para los médicos tanto de la red pública hospitalaria como para red privada en Venezuela; entonces se podría presentar la negación a la atención médica de este tipo de paciente contagiado y/o con la enfermedad del COVID-19 pero examinemos: ¿Qué dice nuestro ordenamiento legal deontológico? En ciertas circunstancias un proveedor de servicios médicos se puede negar a ofrecer atención médica a una persona en el caso de que resulte infectado con el virus SARS-CoV-2 y contraiga la enfermedad que este produce COVID-19. Los pacientes que llegan a un hospital, clínica, sala de emergencia, o a un centro de cuidados urgentes, en condiciones que salud muy graves o deficientes, deben ser atendidos por el personal médico y estabilizados hasta salir del riesgo de perder la vida, incluso, si existe una emergencia sanitaria nacional debido a una pandemia como la SARS-COVID-19, tampoco se le puede negar acceso a servicios médicos a un paciente que llega a un hospital con una emergencia. Ni se pueden negar vacunas o servicios de inmunización que sean ordenados por el gobierno para toda la población.

A continuación, se hará una aclaratoria cuándo es ilegal la negación de atención médica a un paciente, cuáles son las obligaciones de los proveedores médicos, y cómo encontrar ayuda legal si no le dan los cuidados de salud que necesita. ¿Es legal negar la atención médica a un paciente con COVID-19? Si una persona llega con una emergencia a un centro hospitalario, el equipo médico y administrativo no debe negar el tratamiento

adecuado, aunque el paciente no tenga un seguro de salud, ni capacidad de pago inmediata. ¿Qué pasa si no tiene una emergencia y le niegan servicio médico a un paciente? Si no existe un riesgo a su vida y una persona solicita ser examinada por un médico, pero le niegan servicio médico debido a la pandemia del SARS-CoV-2.

A pesar de que las reglas pueden ser un poco ambiguas, aun así, se puede evitar el rechazo hospitalario y la negación de atención médica a los pacientes consultantes. ¿Cuándo se le podrá denegar atención médica a una persona? Un hospital, clínica médica puede denegar atención médica a una persona con COVID-19, solo en circunstancias muy extremas, y deben además justificarse. Por ejemplo: (a). El hospital está al máximo de su capacidad y debido al caos no puede responder a más pacientes; (b). El médico no se siente preparado para atender su caso médico y considera que es mejor ir con otro profesional; (c). El paciente no necesita cuidados médicos, según el criterio del profesional de la salud; (d). La persona que solicita atención médica está bajo las influencias de sustancias y su comportamiento está poniendo en peligro al resto de los pacientes y empleados; y (e). El paciente tiene una conducta violenta y amenazante la cual pone en riesgo la vida de los otros pacientes.

¿Puedo el paciente demandar por negación de atención médica? Si va a un hospital por una emergencia que no es la infección por COVID-19 y le niegan servicio sin causa aparente, es posible que pueda presentar un reclamo en contra del proveedor médico. Incluso puede presentar una demanda por negligencia médica. ¿Cómo funciona el servicio médico durante esta pandemia del SARS-COVID-19? Cuando hay una crisis de salud nacional debido a una pandemia que implica contagios, un alto volumen de enfermos y periodos de cuarentenas, por lo general el gobierno toma medidas especiales y dicta reglas adicionales para manejar la situación. Durante la pandemia por COVID-19 todos los enfermos deben ser atendidos tomando en cuenta las reglas y protocolos emitidos y aprobados por la Organización de la Salud (OMS). Por lo que no pueden ni deben ser discriminados por estar con signos o síntomas o estar contagiado con prueba positiva para SARS-COVID-19.

Desde el punto de vista de las consideraciones y consecuencias deontológicas jurídicas, desde el punto de vista legislativo, además de ser inconstitucional, supondría un gran disparate. La Comisión Deontológica de la Asociación Médica Mundial (AMA) también es muy clara y tajante al respecto. Un médico no puede negarse a tratar a un paciente que no haya recibido el fármaco ni "abandonar su puesto de trabajo" cuando no cuente con la protección necesaria para su labor. El código establece que el facultativo "debe lealtad al enfermo y tiene que asistirle, nunca puede abandonarle, aunque ello le suponga un riesgo personal que debe ser minimizado".

En el caso de las "enfermedades transmisibles", como el COVID-19 también otorga potestad a la autoridad con competencia en materia de salud, para, además de realizar las acciones preventivas generales, adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las "personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio

ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible".

Por lo tanto, la responsabilidad deontológica jurídica del médico está gobernada por el cúmulo de normas jurídicas y de preceptos ético-morales, de carácter público y privado, que reglamentan la labor del médico con objeto del ejercicio de su profesión, la relación jurídica médico-paciente y las consecuencias derivadas de la misma.

La medicina es una profesión cuya actividad es noble, venerable, respetable y decorosa que requiere una particular aptitud de servicio. Exige del médico una gran responsabilidad individual hacia su paciente y una responsabilidad colectiva hacia el grupo social donde ejerce. Es una ocupación que exige un gran espíritu de sacrificio y deseo de superación constante, con la obligación de la actualización cotidiana que la diferencian del resto de los oficios que practica el hombre. Es por eso que siempre el ejercicio profesional de la medicina se ha visto supervisado y controlado por una serie de normas de conducta éticas, morales y legales, que han sustentado un consistente orden para que la actuación del médico sea equiparada con la actuación de aquel individuo meticoloso y previsivo que busca la tranquilidad y el bienestar de su paciente y de la sociedad en general. De tal manera que si en su actuación el médico se niega a prestar la asistencia médica a un paciente sospechoso con la enfermedad por COVID-19 esto le podrá provocar responsabilidad de orden civil, penal, administrativa y disciplinaria, entre otras,

Entonces dentro del campo de la responsabilidad civil de esa actuación por omisión puede desprenderse una serie de consecuencias y obligaciones de origen extracontractual, tal como lo establece el artículo. 1.185° del Código Civil: "El que, con intención, o por negligencia, o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo ..." Pero si la víctima no diferencia la imputabilidad del dependiente de la del principal, el caso del director de la institución prestadora de los servicios de salud. Hay una sola persona, que es la institución, la cual ha causado un daño por medio de uno de sus miembros. Existe entonces una obligación de ley, de la propia Ley del Ejercicio de la Medicina que obliga a estas instituciones a brindar la seguridad y confianza debida para los servicios que ella normalmente ofrezca. Otra de las responsabilidades civiles complejas es la establecida en la segunda parte del artículo. 1.190° "...Los preceptores y artesanos son responsables del daño ocasionado por el hecho ilícito de sus alumnos aprendices, mientras permanezcan bajo su vigilancia ...". Por otra parte, establece el código in comento en el artículo. 1.195°. "Si el hecho ilícito es imputable a varias personas, quedan obligadas solidariamente a reparar el daño causado ..."

Desde el ámbito del derecho penal la negación de atención de un individuo donde su vida corre un gran riesgo como lo es el caso de la no atención de los pacientes con COVID-19, puede conllevar a la imputación del médico por el delito de Omisión de asistencia y socorro. El socorro consiste en el auxilio que se presta a una persona que está en situación de peligro manifiesto y grave. Puede consistir en ayudar directamente a la persona o solicitar asistencia. La omisión del deber de socorro es considerada un delito de naturaleza omisiva, en los cuales el supuesto es que alguien que, estando obligado a actuar, no lo hace.

No obstante, el Código penal venezolano no contempla en forma muy clara este tipo de delito, como si lo hace el Código penal español en su artículo 196° el cual hace referencia a los profesionales sanitarios. “Expresa que cuando un profesional, estando obligado, niega asistencia sanitaria o abandona los servicios sanitarios, si esta actitud representa un riesgo grave para la salud de las personas, la pena será equivalente a la mitad superior de las mencionadas anteriormente, más inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por seis meses a tres años”.

Sin embargo, en relación con la taxatividad y exhaustividad penal, el principio de legalidad se encuentra previsto en el ordinal 6) del artículo 49 o de la Constitución en los siguientes términos: “Ninguna persona podrá ser sancionada por actos u omisiones que no fueren previstos como delitos, faltas o infracciones en leyes preexistentes”. Así mismo el código penal venezolano expone en los artículos 1o. “Nadie podrá ser castigado por un hecho que no estuviere expresamente previsto como punible por la ley, ni con penas que ella no hubiere establecido previamente. Los hechos punibles se dividen en delitos y faltas”. Artículo 61o. “Nadie puede ser castigado como reo de delito no habiendo tenido la intención de realizar el hecho que lo constituye, excepto cuando la ley se lo atribuye como consecuencia de su acción u omisión”. Asimismo, el artículo 531o. “El que por negligencia o impericia hubiere creado, de alguna manera, el peligro de un daño contra las personas o de un grave daño contra las cosas, será penado hasta con doscientos bolívares de multa o con arresto hasta por veinte días”.

Por otra parte, también pueden derivarse acciones con consecuencias penales por delitos culposos. El acto comprende una conducta externa humana que puede ser por acción u omisión, voluntaria y consciente, ya que el ser humano es el único sujeto activo del delito. Los delitos culposos son aquellos en los cuales el resultado final de la acción que produce un daño a la víctima no correspondía con la actitud finalista o intención del sujeto activo del delito, es decir, sin la intención de lograr el resultado final dañoso que se ha producido. Los artículos 411 y 422 del Código Penal tipifican el delito del homicidio y lesiones culposas respectivamente. Artículo. 411°. “El que, por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con imprudencia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con...”. Artículo. 422°. “El que, por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con imprudencia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes o disciplinas, ocasione a otro algún daño en el cuerpo o en la salud, o alguna perturbación en las facultades intelectuales, será castigado ...”.



Pero también se debe manejar la teoría del dolo eventual, hágase consistir el dolo en la representación del resultado, o en la voluntad de producirlo, debe tenerse bien en cuenta que dolo es un vocablo técnico-jurídico, que no se corresponde ni con voluntad ni con representación, ni con intención, en el valor natural o psicológico de estos términos.

La pregunta antes esta situación es ¿Se trata de homicidio intencional a título de dolo eventual, lesiones intencionales graves, y omisión de socorro; o se trata de homicidio culposo y lesiones culposas graves? Los elementos del delito son: (1) La acción, (2) La tipicidad, (3) La antijuridicidad, (4) La imputabilidad, y (5) La culpabilidad. El dolo eventual en el ordenamiento jurídico penal venezolano. La teoría del dolo eventual es utilizada como criterio objetivo de “punibilidad” para sancionar delitos a título de dolo eventual. Hay dolo eventual cuando el sujeto se representa la posibilidad o la probabilidad de un efecto que no pretende, pero cuya obtención ratifica en última instancia. Sin embargo, por lo tanto, los criterios jurídicos vinculados a la posible aplicación de la teoría del dolo eventual como postulado objetivo de punibilidad, tipificando delitos a título de dolo eventual son inmensamente opuestos (Arteaga Sánchez, 1997).

La doctrina penal afirma que hay dolo eventual cuando el agente se representa como posible o probable la consecuencia de su ejecutoria y, sin embargo, continúa procediendo del mismo modo: acepta su conducta, pese a los graves peligros que implica y por eso puede afirmarse que también acepta y hasta quiere el resultado. Ha de incluirse solamente la representación o la volición del hecho como un evento exterior y concreto o si, además, aquel supone la conciencia o la voluntad de violar la ley. La eventualidad debe referirse al daño, y así solo se debería hablar de dolo eventual cuando el resultado se prevé como posible, pero se espera que no se realice, o le es indiferente ese resultado (Chiossone, 1981).

Por lo tanto, según la legislación venezolana, el dolo se considera como la regla general y la forma normal en la realización del hecho al establecer el Código Penal venezolano en el artículo 61°. que "nadie puede ser castigado como reo de delito no habiendo tenido la intención de realizar el hecho que lo constituye, excepto cuando la ley se lo atribuye como consecuencia de su acción u omisión".

Es más, se puede decir que una legislación penal que acoja y se base permanentemente en el principio de la culpabilidad, debe admitir que solo se pueda hablar de dolo cuando el sujeto ha comprendido plenamente el significado de su acción, conociendo el valor que le atribuye el ordenamiento jurídico en el sistema de la penalidad, esto es, conociendo la punibilidad de la acción.

Entonces, si el sujeto prevé la posibilidad de que el resultado se verifique y a pesar de ello actúa, aceptando el riesgo de que se produzca tal resultado o actuando sin la segura convicción de que no se producirá, se consigue la figura del denominado dolo eventual. Ahora bien, frente a esta posición teóricamente irrefutable que emana de la exigencia de que para responder penalmente por un hecho el sujeto debe conocer plenamente la significación de lo que hace, surge otro principio consagrado en gran número de legislaciones relativo a la ignorancia de la ley, el cual parece obstaculizar y limitar la exigencia anterior, y que se

encuentra también establecido en el artículo 60° del Código Penal Venezolano, el cual dice: "La ignorancia de la Ley no excusa ningún delito o falta".

Finalmente, el que incurre en falta, responde de su propia acción u omisión, aunque no se demuestre que haya querido cometer una infracción de la ley. La acción u omisión penada por la ley se presumirá voluntaria, a no ser que conste lo contrario" (Villalobos, et al, 2000).

El tercer grupo de los supuestos dilemas problemáticos. Aumento de la demanda de atención médica y la escases de recursos médicos hospitalarios. Es otro desafío más para que la responsabilidad médico-sanitaria ha tenido que afrontar, ello está relacionado con el acelerado y el elevado aumento de la demanda de atención médica y la escases de recursos con los que cuentan los establecimientos de salud en Venezuela, tanto públicos como privados, para hacer frente a esta pandemia del SARS-CoV-2.

En virtud de que la salud es un derecho social y un servicio público, que, si bien es cierto, puede ser prestado por personal o instituciones privadas, las funciones que desempeñan son dirigidas a la población en general, es por ello que se ha otorgado al Estado la facultad de normar, vigilar, controlar y sancionar a personal e instituciones prestadoras del servicio de salud.

En Venezuela la emergencia ocasionada por esta pandemia ha ocasionado e incluso agravado durante un tiempo, que los recursos médicos asistenciales no hayan sido suficientes para atender a los afectados, pero tampoco se debe omitir ni olvidar ni mucho menos el pasar por alto, la necesidad de asistir a otros individuos en sus diversas patologías, que pueden ser de mayor o igual gravedad que la padecida por los individuos enfermos por COVID-19.

Las limitaciones en la capacidad del sistema de salud para enfrentar una situación grave de casos de la pandemia, debido a la escasez de insumos necesarios (equipos de protección para el personal de salud, equipos biomédicos, medicamentos, insumos médicos, infraestructura hospitalaria, entre otras) y capacitación reducida en el uso de los equipos; las fallas en los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en establecimientos de salud; la capacidad reducida para prevenir y controlar infecciones; la falta de recursos humanos especializados para la atención de casos complicados, además de los recursos humanos no especializados que brindan apoyo a estos; así como la insuficiente operatividad de servicios críticos como emergencias, atención prehospitalaria y la insuficiente disponibilidad de camas y personal asistencial en las salas de cuidados intermedios e intensivos (Pizarro, 2003).

En un contexto de tales características no cabe otro medio que preponderizar, lo que bajo la proclamación del estado de alarma ocasiona complicadas preocupaciones de no muy fáciles soluciones, que hacen mención de estampa deontológica-jurídica de relevancia, encuadrada de manera primordial, aunque no sea una concesión exclusiva, enmarcada bajo

el conocido principio de justicia. Como ya conocemos este principio consiste en dar a cada quien lo que le corresponde, es decir lo que le pertenece o le corresponde en cuanto a los recursos médicos asistenciales que cada uno necesite.

Por lo que nos concierne en estos momentos y más interesa es la justicia distributiva que se refiere, en sentido amplio, a la distribución equitativa de los beneficios o de las cargas, esto es, a la imparcialidad en la distribución, es decir quién tiene prioridad para acceder al recurso y quién no, si esto no sucediera así se estaría de esta manera, ante la presencia de una injusticia, cuando algún beneficio que corresponde a una persona enferma en este caso es denegado sin una buena o justa razón para ello o cuando alguna carga se impone indebidamente se le está excluyendo del recurso médico asistencial que necesita para salvaguardar su salud y con esto su integridad física y psíquica y hasta la propia vida durante esta pandemia.

Esto tiene sus consideraciones y consecuencias jurídicas deontológicas. Existe la confusión de roles y responsabilidades de los funcionarios, dispersión del sistema, falta de planificación presupuestaria, la ausencia de planes preventivos y la falta de supervisión y control, genera las condiciones para el caos. El aumento de la demanda y la escasez de recursos ha sido otros de los desafíos que ha tenido que afrontar el sistema médico asistencial en Venezuela. Sin embargo, pese a ello, los establecimientos de salud están obligados a respetar los protocolos establecidos por el gobierno, en relación a la disponibilidad de camas y atención de los pacientes diagnosticados con COVID-19.

La Ley del ejercicio de la medicina en el artículo 25º señala. “Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los y las profesionales que ejerzan la medicina están obligados a: 5. Denunciar ante las autoridades competentes las condiciones de insalubridad o de inseguridad que observen en los ambientes de trabajo, así como aquellas que noten en lugares públicos o privados que constituyan riesgos para la salud o la vida de quienes a ellos concurran”.

En el ámbito de la responsabilidad administrativa de los servidores públicos, se encuentran temas muy variados que conlleva la aplicación de una sanción y que en el caso de los médicos sustancialmente se incrementa debido a que aún no se ha logrado establecer con precisión el concepto de servidor público, ya que los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia establecidos como normas a observar por parte de los integrantes de la administración pública son ambiguos para los profesionales de la medicina. El término "responsabilidad" en su implicación y vínculo jurídico puede definirse como la consecuencia que ha de sufrir un sujeto de derecho con razón de una acción u omisión que le es atribuible. Desde este punto de vista, y en relación a la Administración Pública y a los funcionarios que la integran, es unánime hoy día la posición de la doctrina que afirma la responsabilidad de la Administración y de sus funcionarios por actos que lesionan a los administrados. implica sometimiento a la legalidad y consagración de la responsabilidad del Estado y de los funcionarios por los actos que realicen en ejercicio de sus funciones (Martínez-Ortiz, Gerardo. 2004).

En virtud de que la salud es un derecho social y un servicio público, que, si bien es cierto, puede ser suministrado por personal o instituciones privadas, las funciones que se ejercen son orientadas a la población en general, es por ello que se ha concedido al Estado la potestad de normar, vigilar, controlar y sancionar a personal e instituciones prestadoras del servicio de salud. Se trata de la vida de seres humanos, por lo que todas esas situaciones extremas que se presentaron y que aún se presentan mientras se desarrollaba la temática de este escrito, es obligado a hacerse las siguientes preguntas: ¿Quiénes eran o son los responsables del equipamiento deficiente de los centros hospitalarios de la red pública de salud en el país?; ¿En algún momento se ha podido prevenir el agravamiento de la situación, antes de llegar a su estado crítico con la pandemia del SARS-COVID-19? ¿Se hicieron diligentemente los mejores esfuerzos para equiparlos? y ¿En qué consistieron? ¿Quiénes aprobaron esos protocolos “médicos” para decidir el acceso a los respiradores artificiales y unidades de cuidados intensivos de los pacientes con SARS-COVID-19? ¿Quiénes tomaron esas decisiones? y ¿Quiénes fueron consultados? ¿Existe un expediente motivado de las decisiones adoptadas?

Hay que tener en cuenta que en nuestra legislación no solamente se consagra la responsabilidad administrativa en todo caso de la actuación de funcionarios públicos, sino que también establece expresamente su responsabilidad penal, civil y disciplinaria, según los casos, sin que les sirvan de excusa órdenes superiores manifiestamente contrarias a la Constitución y a las leyes. El propio texto constitucional, en su artículo 25°, expresa que los funcionarios o empleados públicos que ordenen o ejecuten actos, que violen o menoscaben los derechos garantizados por esta Constitución, incurrirán en responsabilidad penal, civil y administrativa. Asimismo, en su artículo 140° esboza que por ende la Administración responderá patrimonialmente por los daños y perjuicios que hayan sido causados por sus autoridades legítimas en ejercicio de su función pública; en consecuencia, por otra parte, el artículo 139° establece: “El ejercicio del Poder Público acarrea responsabilidad individual por abuso de poder o por violación de la ley”. El artículo 285° hace referencias a las atribuciones del Ministerio Público, establece en el ordinal quinto que corresponde a este organismo "Intentar las acciones a que hubiere lugar para hacer efectiva la responsabilidad civil, laboral, militar, penal, administrativa o disciplinaria en que hubieren incurrido los funcionarios o funcionarias del sector público, con motivo del ejercicio de sus funciones”.

De los artículos señalados, podemos concluir, afirmando que en nuestro sistema están consagrados claramente tanto la responsabilidad de la Administración como la personal o individual de los funcionarios, produciéndose un tanto de responsabilidad solidaria, de suerte que el particular lesionado puede dirigirse contra la Administración y contra el funcionario público. Entra en juego, entonces, el artículo 1.195° del Código Civil. “Si el hecho ilícito es imputable a varias personas, quedan obligadas solidariamente a reparar el daño causado”. La

denominada teoría de la responsabilidad por riesgo; sin embargo, esta admisión no es general sino en relación a ciertos aspectos. En nuestro derecho positivo la teoría del riesgo está acogida en el artículo 1.193° del Código Civil respecto a las cosas, es decir, que toda persona responde del daño causado por las cosas que tiene bajo su guarda.

El artículo 259° del texto constitucional, la cual atribuye competencia a los órganos de la jurisdicción contencioso-administrativa para condenar a la Administración "a la reparación de daños y perjuicios originados en responsabilidad de la Administración" lo cual logra el particular lesionado a través del llamado "recurso de plena jurisdicción". En nuestro país, la responsabilidad de la Administración también está fundamentada en las nociones de culpa y riesgo, las cuales son entendidas y aplicadas de conformidad a las normas establecidas en el Código Civil.

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 64° indica. "El personal en ciencias de la salud al servicio de las administraciones públicas en salud, queda sujeto a las siguientes sanciones disciplinarias: Amonestación verbal. Amonestación escrita. Suspensión del cargo. Destitución".

Asimismo, la Ley del Estatuto de la Función Pública artículo 82°. "Independientemente de las sanciones previstas en otras leyes aplicables a los funcionarios o funcionarias públicos en razón del desempeño de sus cargos, éstos quedarán sujetos a las siguientes sanciones disciplinarias: 1. Amonestación escrita. 2. Destitución". El artículo 83°. Serán causales de amonestación escrita: 1. Negligencia en el cumplimiento de los deberes inherentes al cargo. Artículo 86°. Serán causales de destitución: 2. El incumplimiento reiterado de los deberes inherentes al cargo o funciones encomendadas.

La Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos también contiene algunas disposiciones relativas a la responsabilidad de los funcionarios o servidores públicos. En efecto, el artículo 3° de la citada ley establece: Los funcionarios y demás personas que presten servicios en la Administración Pública, están en la obligación de tramitar los asuntos cuyo conocimiento les corresponda y son responsables por las faltas en que incurran.

El artículo 100° de la mencionada ley señala. "El funcionario o empleado público responsable de retardo, omisión, distorsión o incumplimiento de cualquier disposición, procedimiento, trámite o plazo, establecido en la presente ley, será sancionado con multa entre el cinco por ciento (5%) y el cincuenta por ciento (50%) de su remuneración total correspondiente al mes en que cometió la infracción, según la gravedad de la falta".

Ley Orgánica de Salvaguarda del Patrimonio Público en cuanto a la responsabilidad administrativa, dispone el artículo 32° de la Ley Orgánica de Salvaguarda del Patrimonio Público, que el funcionario público incurre en ella por sus actos, hechos u omisiones que sean contrarios a una disposición legal o reglamentaria; responsabilidad administrativa que es independiente de la responsabilidad penal y civil.

El cuarto grupo de los supuestos dilemas problemáticos. Hace referencia al racionamiento de recursos y la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico (AET o LET).

Durante la pandemia por la COVID-19 los médicos han tenido que enfrentarse a escenarios catastróficos con insuficientes recursos (camas en unidades de cuidados intensivos, ventiladores, ECMO...) para el gran número de pacientes en estado crítico, lo que genera una praxis diferente al habitual y los profesionales actúan en el marco de una organización sanitaria condicionada por la crisis, con una gran presión asistencial, ante una nueva patología y nuevas regulaciones promulgadas.

Pero a pesar de ello, el médico también debe y tiene que hacer una distinción entre el racionamiento de recursos y la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico (AET o LET). La LET: Retirada (en inglés, withdraw) o no instauración (en inglés, withhold) de cualquier intervención porque el profesional sanitario estima que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras constituye, a juicio del personal sanitario implicado, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

Mientras que la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET): Término equiparable a la de “Limitación del esfuerzo terapéutico” (LET), que pretende eliminar el componente peyorativo “no hacer” y reforzar los aspectos positivos relacionados con los tratamientos indicados, los cuidados paliativos y la búsqueda de confort del paciente al final de la vida la limitación terapéutica nunca debe implicar el abandono del paciente (Martin-Fumadó, et al, 2020).

La pandemia del Coronavirus SARS-CoV-2 ha originado en un primer plano situaciones en que se plantean si un determinado tratamiento es razonable de iniciar o continuar según las condiciones del paciente y la disponibilidad real de recursos humanos y técnicos. La situación es aún más compleja frente a la limitación de recursos que se vive cotidianamente en los lugares, especialmente donde la epidemia se ha presentado con una alta tasa de infectados en pocos días. En este contexto, resulta conveniente recordar uno de los elementos que componen la limitación lícita del esfuerzo terapéutico; La aplicación (o no) del “principio de proporcionalidad terapéutica” es lo que permite deslindar en la práctica una discriminación autoritaria de ciertos pacientes en el acceso a ciertas intervenciones de salud; de una legítima decisión de limitar esfuerzos terapéuticos al final de la vida (Emanuel, et al, 2020).

La Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico (AET) deberá realizarse sobre la ponderación de elementos de juicio clínico, ético y jurídico. Otro término que se tiene que tener presente es el de “futilidad” porque es uno los puntos más controvertidos del debate acerca de los aspectos bioéticos de la atención médica al final de la vida. Un primer problema por considerar que tiene el médico de hoy en día al enfrentarse a estos problemas, son los



cuatro principios de la bioética moderna, postulados que reflejan las buenas intenciones, las posiciones morales, éticas, filosóficas y por tanto clasistas, que provienen de la medicina hipocrática, con tenues correcciones que soportan en la actualidad los juicios a la futilidad y la limitación del esfuerzo terapéutico; es el principio de no-maleficencia.

Cuando una intervención médica no constituye una buena práctica clínica, sino que se transforman en medidas extraordinarias o fútiles, entonces los médicos no solo no deben instaurarla, sino que tampoco están obligados a iniciarla, incluso aunque el enfermo la solicite desde el principio de autonomía. Punto de vista bioético, no hacer daño a un individuo siempre será más importante que hacerle bien (Araujo-Cuauro, 2017; Altuna, 2021)

La pandemia del SARS-COVID-19 está obligando a muchos médicos a actuar como dioses sin quererlo, en la práctica médica ya se decide a diario si a alguien se le intuba, se le conecta a un respirador y se le ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o si no merece o vale la pena. Pero ahora con la pandemia es distinto porque faltan camas de UCI y respiradores, entonces ¿Cómo se decide eso? Es un dilema que están teniendo los médicos y la sociedad en su conjunto. Hay médicos que están tomando decisiones muy urgentes y hay que ser empáticos con su situación a veces los médicos no explican la situación porque es muy duro decirle a una familia, que no hay respiradores o no hay camas de UCI (Bakewell, Pauls y Migneault, 2020).

Ahora, qué pasa en un contexto como el de la actual pandemia, donde se puede observar que hay una alta saturación del sistema hospitalario público como en el privado, entonces ¿Es posible que las conductas de riesgo sean parte de los elementos que se evalúan cuando hay existencia de pocas camas, ventiladores disponibles y el recurso humano? Ningún criterio técnico que puedan resolver los expertos responde a la pregunta de si debe priorizar, por ejemplo, el número de vidas salvadas o, por el contrario, los años de vida salvados, porque ambas cosas son tan valiosas

No es defendible ética ni moralmente e incluso jurídicamente, y será muy difícil fundamentar cualquier tipo de acción en desmedro del cuidado debido que deben tener todos por el solo hecho de ser seres humanos con dignidad (Astudillo, et al. 2019; Ballesteros Sanz, et al, 2020).

Las consideraciones y consecuencias jurídicas deontológicas. A la hora de tomar la decisión de aplicar la AET, en la práctica, la toma de decisiones y su aplicación, pueden surgir discrepancias y suelen resultar dificultosas tanto entre profesionales como con el paciente o su familia. Teniendo en cuenta, además, que los pacientes internados en la terapia intensiva generalmente se encuentran imposibilitados de brindar o expresar sus deseos o preferencias. Algunas situaciones pueden presentar mayor complejidad, pudiendo ser motivo de conflictos éticos e incluso legales.

Sin embargo, se puede también afirmar, sin ningún tipo de duda alguna, que los aspectos éticos y deontológicos se deben anteponer por encima de cualquier otro tipo de consideraciones, para darle cumplimiento a los principios que enmarcan a la profesión: el médico, no debe abandonar a un paciente que necesite sus cuidados, pues, según el Código de Deontología Médica venezolano.

No se puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal, lo que, se reitera de nuevo, desgraciadamente, ha sucedido, ocasionándoles, incluso, la muerte en cumplimiento de su labor sanitaria (Martin-Fumadó, et al, 2020).

Mientras que, en el marco jurídico venezolano, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), consagra los derechos humanos en su artículo 19°. “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos (...)”, en ese mismo sentido consagrado el derecho a la vida en el artículo 43°, reza que: “El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla (...)”. Por otra parte, es necesario precisar el derecho a la salud que junto al derecho a la vida es procedente destacar, este derecho se encuentra garantizado en el artículo 83° “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...)”. La ley orgánica de salud artículo 3°. “Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios: Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza”.

En tal sentido es importante conocer que, de acuerdo con en el marco Deontológico venezolano, si bien está prohibida la eutanasia activa, según el artículo 84° del Código de Deontología Médica (CDOM) ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aun cuando éste o sus familiares lo soliciten, como tampoco deberá colaborar o asistir al suicidio del paciente instruyéndolo y/o procurándole un medicamento en una dosis letal”. El médico no está obligado a la utilización de tratamientos fútiles en pacientes que se encuentran en la etapa terminal de una enfermedad, así lo expresa el artículo 28° de la ley de Ejercicio de la Medicina, que rezan: “El médico o médica que atienda a enfermos o enfermas irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. Asimismo, el Artículo 82° del CDOM. “El enfermo terminal no debe ser sometido a la aplicación de medidas de soporte vital derivadas de la tecnología, las cuales sólo servirán para prolongar la agonía y no para preservar la vida”. Parágrafo Uno: Distanasia: es la utilización de medidas terapéuticas de soporte vital que conllevan a posponer la muerte, en forma artificial. Es equivalente a ensañamiento terapéutico, encarnizamiento terapéutico o hiperterapéutico. Parágrafo Dos: en aquel paciente críticamente enfermo cuya evaluación por consenso de los médicos tratantes sea considerado como enfermo terminal, la conducta se regirá por lo contemplado en este artículo. Finalmente en el marco jurídico la ley prohíbe el uso dispendioso e injustificado de la atención de cuidados intensivos en pacientes

irrecuperables artículo 29° de la Ley de Ejercicio de la Medicina, expone: El ingreso y la permanencia de los enfermos o enfermas, en las unidades de cuidado intensivo deberán someterse a normas estrictas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesiten y en la asistencia de enfermos o enfermas irreversibles en la etapa final de su padecimiento.

Por último, como ya se dijo a pesar de que no existen en el Código Penal, normas que establezcan la responsabilidad médica, en forma clara y precisa. En efecto, es factible afirmar que el conjunto de los casos de responsabilidad médica se ajusta con circunstancias que pueden encuadrarse en el marco de lo previsto en los artículos 411° o 422° del Código Penal, que reglamenta lo concerniente al homicidio y las lesiones culposas en general, es decir, perpetrados por cualquier ciudadano profesional o no y, mediante cualquier tipo de conducta o actuación, dentro y fuera del ejercicio de alguna profesión. En el derecho venezolano, la responsabilidad civil delictual per se es la que está derivada del hecho ilícito, también denominado delito civil, que está implícito como principio general en el encabezamiento del artículo 1.185° del Código Civil de la siguiente manera: “El que, con intención, o por negligencia, o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo”.

Por otro lado, la Ley del Ejercicio de la Medicina venezolana en su artículo 25° numeral 3. “Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean en los casos de pacientes en estado de inconsciencia y de urgencias médicas que puedan constituir evidente peligro para la vida de éstos o éstas”. Así como en el artículo 124° recoge. La negligencia, la impericia, la imprudencia, serán investigadas por los tribunales disciplinarios de los colegios de médicos u otras organizaciones médico-gremiales, los cuales podrán recomendar al ministro o ministra del Poder Popular con competencia en materia de salud, la suspensión del ejercicio profesional, sin perjuicio de las sanciones establecidas en el Código Penal. Finalmente, el artículo 113° del Código penal señala. Toda persona responsable criminalmente de algún delito o falta, lo es también civilmente (Andrés, et al, 2002; Rodríguez et al, 2021).

El quinto grupo de los supuestos dilemas problemáticos. En cuanto a la modalidad de Teleasistencia, Telemedicina y/ o e-Salud. Esta pandemia la del SARS-COVID-19 por un lado origino, la suspensión durante varias semanas de la actividad asistencial no urgente, en los principales hospitales del país que fueron decretados como hospitales centinelas para la atención exclusiva prácticamente de los paciente con la enfermedad del COVID-19, y la red de instituciones de salud privada no estaban preparadas para esta contingencia generada por este nuevo Coronavirus SARS-CoV-2, lo que dio a lugar en muchos casos al uso de la teleasistencia y la e-Salud para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes.

Y por otra parte muchos pacientes no acuden al hospital por el colapso y por el temor a empeorar con otros casos, o en su defecto el encontrar una cama en un hospital público, e inclusive en una clínica privada, con precios muchas veces impagables, es cada vez más difícil, así que de esta manera, se multiplicaron las consultas telefónicas y las video consultas, el uso del correo electrónico, así como de los portales del paciente y las

comunicaciones por Apps, como una posible solución en busca de ayuda y consejo ante esta crisis médico sanitaria (Martínez-García, 2020).

Son los aspectos de la telemedicina que no se ajustan a la *lex artis ad hoc*; son el diagnóstico, la prescripción de tratamiento o la solicitud de pruebas complementarias sin asistencia directa y personal. Sí que se consideran más adecuadas las consultas entre profesionales para elaborar un diagnóstico común, la monitorización o la vigilancia, la gestión de pacientes, la información sanitaria a la población y la formación e información a distancia a los profesionales (Allpas-Gómez, 2019).

En telesalud o telemedicina, el respeto a la dignidad de la persona constriñe el deber de dar con prioridad y antelación al paciente sobre la tecnología. Es por ello que ésta ha de plegarse a la asistencia y al beneficio de la persona, cuya salud ha de ser preservada y protegida por encima de cualquier otro interés. A la telemedicina se le aplica plenamente también el principio y el deber de no dañar. Debido y gracias a su capacidad de franquear distancias y de aligerar la comunicación entre médico y paciente, la telemedicina acarrea en sí la facultad de aminorar el retardo en la asistencia médica al paciente (Chueke, 2015).

Entre las consideraciones y las consecuencias jurídicas deontológicas. Las Directrices éticas para la telemedicina, del Comité Permanente de los Médicos Europeos (1997) y la Declaración sobre las responsabilidades y normas éticas en la utilización de la telemedicina, de la Asociación Médica Mundial (1999), responden a principios éticos comunes y ofrecen contenidos coincidentes, a veces literalmente idénticos.

Por lo que no hay tampoco lugar, en la telemedicina o teleasistencia o e-Salud, para prácticas promocionales que puedan degradar la libertad del paciente de elegir el médico y los servicios de su predilección. A la telemedicina se aplican, por tanto y de manera competente, las normas éticas o bioéticas y legales sobre la libertad de elección del médico por el paciente. Igualmente es justo y muy necesario no perder de vista las dimensiones humanas de la telemedicina e indagar con frecuencia el grado de satisfacción que los pacientes expresan sobre este tipo de asistencia.

La mayoría de los Códigos Deontológicos afirman que el uso de la telemedicina en exclusiva es contrario a las normas deontológicas. En la medicina telemática han de sustentarse las cualidades y características tradicionales y peculiares de la relación entre médico y paciente, tales como la continuidad de los servicios, la negociación de su suspensión, el modo de gestionar el cambio de médico y el procedimiento de transmisión al nuevo médico la (tele-) información sobre el paciente.

La carta magna venezolana lo establece en su artículo 48o. “Se garantiza el secreto e inviolabilidad de las comunicaciones privadas en todas sus formas”. Y artículo 60o. “La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal”.

Se debe dar a la tarea de hacer un seguimiento de los aspectos jurídicos deontológicos legales generales relacionados con la prestación del servicio de telesalud, considerando las características y condiciones de este grupo de médicos, así como del marco regulatorio en el país.

Es menester tener en cuenta los usos y aplicaciones de la telemedicina, los médicos asumen plenamente la responsabilidad de los tratamientos y decisiones que transmiten a sus pacientes.

La telesalud es una materia que muy pocos países tienen regulada con una normativa o ley específica. En Venezuela hay una Ley de Telesalud básica, que se quedó sin implementación porque nunca se reglamentó.

En ella se especifica que las consultas por telesalud requieren autorización previa bajo consentimiento informado y por escrito del paciente; con excepción de aquellos casos en que sea imposible su obtención. Y luego señala que los profesionales de salud y tecnología son los responsables por la violación de la privacidad, confidencialidad y anonimato de los pacientes, “ateniéndose a las sanciones civiles, penales, administrativas y disciplinarias a que haya lugar.”

La telemedicina se desarrolla en un contexto humano tan complejo y problemático como su contexto técnico. Ello exige cuidar de modo especial las normas comunes sobre confidencialidad y el consentimiento en el contexto telemático. El paciente debe saber que la información que le concierne puede ser conocida por las personas que colaboran con el médico o que son consultadas por él, y deberá consentir en que así se haga. Debe informarse al paciente que todos (médicos y enfermeras, físicos, ingenieros y técnicos, especialistas en informática, gestores de las redes de telecomunicación) están obligados a guardar el secreto (Pérez-Manchón, 2015).

La obligación del secreto profesional del médico tiene consecuencias amplias e intensas en telemedicina, a la que aplica con fuerza especial el concepto de que el secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión.

En cuanto a las dudas con respecto a la privacidad del secreto médico, estas han perdido vigencia a un nivel social general, considerando que prácticamente toda la información que se genera (salud, economía, registros personales como fotografías, vídeos, redes sociales, entre otros.) es manejada digitalmente y ello ha significado mejoras que de otra forma serían imposibles, por lo que en una evaluación de pros y contras las dudas son prácticamente insignificantes. De todas maneras y a pesar de esta superación de dudas, no debemos nunca dejar de considerar que la telesalud al igual que la práctica médica tradicional

debe ser guiada por los mismos principios bioéticos para el resguardo de la privacidad de los pacientes, considerando su integridad biopsicosocial y privacidad.

Con respecto a este punto la ley incommento en su artículo 9° señala.  
“Los usuarios y usuarias, beneficiarios y beneficiarias de los servicios de Telesalud tienen el derecho a que los datos suministrados por ellos y ellas mantengan el carácter reservado, siendo prohibido su uso con fines distintos a los servicios de Telesalud para los que son aportados. En consecuencia está prohibida la violación de la privacidad y es vinculante el anonimato y confidencialidad de la data manejada por los prestadores y prestadoras”.

Asimismo, el Código de Deontología Médica venezolano en su artículo 126o expone.  
“Todo aquello que llegue a conocimiento del médico con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el Secreto Médico. El secreto médico es inherente al ejercicio de la medicina y se impone para la protección del paciente; el amparo y salvaguarda del honor del médico la dignidad de la ciencia. El secreto médico es inviolable y el profesional está en la obligación de guardarlo”. Artículo 127 o. “El Secreto Profesional Médico constituye una modalidad de secreto comiso basado en la comunicación privilegiada derivada de la relación médico-paciente”. Artículo 72 o. “El enfermo tiene derecho a: 5) Que se respete su intimidad durante la realización del acto médico. 6) Que se respeten sus confidencias y a que las discusiones concernientes a la información que ha suministrado, exámenes practicados y estado de salud, se conduzcan con discreción y carácter confidencial. La Ley del Ejercicio de la Medicina recoge en su artículo 46o.

“Todo aquello que llegare a conocimiento del médico o médica con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el secreto médico.

El secreto médico es inviolable y el profesional está en la obligación de guardarlo. Igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los y las estudiantes de medicina y a los miembros de profesiones y oficios para médicos y auxiliares de la medicina”.

Artículo 52o. El médico o médica debe respetar los secretos que se le confíen o de que tenga conocimiento por su actuación profesional, aún después de la muerte del enfermo...”.

No, obstante el Código Penal venezolano en su artículo 61o señala. “... El que incurra en faltas, responde de su propia acción u omisión, aunque no se demuestre que haya querido cometer una infracción de la ley. Por lo que el artículo 190o indica. “El que, teniendo por razón de su estado, funciones, profesión, arte u oficio, conocimiento de algún secreto cuya divulgación pueda causar algún perjuicio, lo revela, no obstante, sin justo motivo, será castigado con prisión de cinco a treinta días”.

Con respecto a los colaboradores del médico han de saber que están obligados a guardar estricto silencio acerca del secreto que han llegado a conocer, y que si quebrantaran



esa obligación sufrirán consecuencias laborales, disciplinaria y penales proporcionados a su falta.

El Código de Deontología Médica en su artículo 128 reza. “Al personal auxiliar que colabora con la realización del acto médico se extiende, así fuere por el simple hecho de ejercer una actividad en la cual maneja una forma de comunicación privilegiada, la obligación de mantener el secreto profesional médico.

Parágrafo Único: La solución aceptable descansa en la aplicación del siguiente principio, todos aquellos que están ligados a la profesión médica y comparten alguno o algunos de los deberes que incumben a la profesión, se hallan obligados a guardar el secreto profesional.

Artículo 129o. “El médico velará porque sus colaboradores guarden el secreto profesional, pero no será responsable de la revelación que ellos hagan”. Mientras el Código Penal en su artículo 124o. “Si el hecho punible es imputable a varias personas, quedan estas obligadas solidariamente por el daño causado”.

Otro aspecto de la telemedicina o teleasistencia es que el consentimiento informado o legítimamente declarado es parte esencial de la telemedicina, con requisitos añadidos a los de la medicina convencional). Antes de obtener el consentimiento, el médico debe cerciorarse de la capacidad del paciente o, según los casos, de sus allegados de manejar el instrumental que se ha de usar, y de su competencia para autentificar, obtener, cifrar, transmitir, recibir, documentar e interpretar la información que envían y reciben a través del sistema de telecomunicación.

El derecho a la información comprende tres aspectos fundamentales: (1) acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, (2) la protección de los datos personales, y (3) la información debe cumplir con los principios de: accesibilidad, confiabilidad, verificabilidad, veracidad y oportunidad. El acto de informar en materia de teleasistencia médica-sanitaria se vincula directamente con los usos dados a los biodatos contenidos en el expediente clínico, porque el informar implica necesariamente su cesión y/o transferencia (Cosoi, 2002).

Es por ello que la comunicación de informar de forma oportuna y completa de los profesionales de la salud al paciente (familiares, tutores o representante legal) es una obligación; su incumplimiento implica una contravención a la *lex artis* y deriva en negligencia. Entonces la mejor y principal forma de acreditar la existencia del cumplimiento de la obligación de informar es mediante el consentimiento informado (Curioso & Galan-Rodas, 2020).

La Constitución venezolana prevee el derecho a la información en el artículo 58° ... “Toda persona tiene derecho a la información oportuna, veraz e imparcial...”. La Ley orgánica de salud en su artículo 69°. “Los pacientes tendrán los siguientes derechos: Aceptar o rehusar su participación, previa información,”. El Código de Deontología Médica en sus artículos 72°. El enfermo tiene derecho a: 3) Ser informado de la naturaleza de su padecimiento oportunamente, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones. 4) Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Otro aspecto de la telemedicina o teleasistencia es que el médico podrá negarse a prestar teleasistencia si se viera forzado a laboral en condiciones inadecuadas o inaceptables, cual sería, por ejemplo, el caso de que ni el paciente ni sus allegados fueran competentes en seguir indicaciones u ordenes médicas. El Código in comento en su artículo 45o que por analogía se puede extrapolar a la telemedicina señala. “Aceptar el establecimiento de la relación médico/ paciente, salvo en situaciones de emergencia, es decisión enteramente a discreción del médico. Una vez establecida la relación la obligación es absoluta, exceptuando las circunstancias siguientes: a) El consentimiento del paciente para su ruptura. Asimismo, en el artículo 47o. “El médico puede negarse a prestar asistencia cuando se halla convencido de que no existen las relaciones de confianza indispensables entre él y el paciente...”.

En cuanto a lo relacionado con los honorarios médicos, las normas comunes de honorarios se aplican a la telemedicina en todo su rigor, tanto para el caso de relación directa entre médico y paciente como para el de la teleconsulta solicitada de un experto. Los recibos de honorarios que se pasan al paciente deberán señalar claramente qué parte del total corresponde cada médico. Es de suma importancia la regulación de los honorarios que han de satisfacerse a los médicos, la telemedicina puede crear problemas en la atención de un paciente y la concertación transparente y racional de asignación de honorarios, para evitar que la telemedicina pueda dar lugar a abusos de prescripción o a prácticas dicotómicas.

Es siempre conveniente separar claramente lo que es simple información común de lo que constituye una consulta sobre un paciente determinado. En la tradición deontológica mundial, la información es siempre gratuita, mientras que la consulta debe ser remunerada (Smith, et al, 2020).

La Ley del Ejercicio de la Medicina en el artículo 36o. “El ejercicio de la profesión da derecho al médico o médica a percibir honorarios por los actos médicos...”. Artículo 37o. “El médico o médica fijará la cuantía de sus honorarios tomando en cuenta las normas reglamentarias que al efecto dicte el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud, previa consulta a la Federación Médica. El monto de los honorarios deberá estar inspirado en el principio de justiprecio teniendo en cuenta la importancia y tipo de las prestaciones, la situación económica del enfermo o enferma, la experiencia profesional y otras circunstancias relacionadas con el acto médico”.

Artículo 38o. “El médico o médica se haya obligado a informar al paciente el monto de sus honorarios antes de la realización de actos médicos, quirúrgicos o de cualquier otro tipo y no podrá negarse a suministrar al enfermo o enferma las explicaciones que éste o ésta requiera concernientes al monto de los mismos”.

Por su parte el artículo 72o del Código de Deontología Médica. “El enfermo tiene derecho a: 7) Exigir honorarios justos y a examinar y pedir información adecuada del monto de los mismos, no pudiendo el médico tratante negarse a suministrar las explicaciones que el primero considere convenientes”. Artículo 101o. “El salario o sueldo devengado por el médico en instituciones públicas o privadas debe estar sustentado en el principio del "Salario Justo”.

Artículo 162o. “Toda persona que ejerza la profesión médica tiene derecho a percibir una remuneración justamente llamada honorario por llevar implícita la demostración de la honra que el médico merece, no enteramente satisfecha por la retribución de carácter material”. Artículo 163o. “El derecho a la justa remuneración por los servicios prestados es independiente del resultado de los mismos. Cuando se comprueba ya no es error excusable, sino negligencia o incompetencia profesional, el médico no debe moralmente reclamar honorarios. Artículo 164o. “El médico fijará la cuantía de sus honorarios, los cuales deben ser justos y adecuados al servicio prestado, a la experiencia del médico, a la complejidad del proceso clínico, a la situación económica del enfermo y a otras circunstancias relacionadas con el acto médico”.

## CONCLUSIÓN

El mundo ha sido testigos fiel de la reacción del sistema medico asistencial de cara a esta pandemia del SARS-COVID-19, frente a una demanda colosal y simultánea de atención médica, con la reconversión de los roles profesionales y el compromiso de los profesionales médicos, lo que ha supuesto un cambio de paradigma en la asistencia médica que probablemente, haya cambiado de manera definitiva, ha como se conocía con el afrontamiento en sus responsabilidades en los profesionales médicos en la lucha contra dicha pandemia, donde han ido surgiendo diferentes aspectos médico-legales y éticos-deontológico que merecen una particular atención.

Durante la pandemia del SARS-COVID-19 los profesionales médicos han tenido que confrontar circunstancia junto a escenarios funesto, desafortunado e inclusive catastróficos con recursos insuficientes para el gran número de pacientes en estado crítico lo que suele generar o engendrar conflicto de orden moral ético deontológico y/o jurídico legal. Por lo que resulta indispensable conocer y manejar algunos conceptos básicos sobre la ética y el derecho, el desconocimiento de estos temas hace que muchas situaciones que se plantean en la práctica médico asistencial pongan en ‘jaque’ al profesional, que puede incluso llegar a dudar de sus propias actuaciones o de las de sus colegas.

Podemos concluir que con esta crisis médico sanitaria pandémica existe y hay un incumplimiento de los estándares éticos, bióticos, deontológico y jurídico legal tanto de la responsabilidad del médico y de la asistencia médica venezolana del Estado, concretamente, una vulneración no justificada de los derechos fundamentales de los pacientes.

## REFERENCIAS

- 1 Trilla, A. (2020). Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc)*, 154:175-177. Disponible en línea en: DOI: 10.1016/j.medcli.2020.02.002.
2. Cárdenas Villarreal, Hugo, & Pérez Saavedra, Manuel Antonio. (2020). Covid-19 y 2. 2. responsabilidad civil médica: desafíos de una enfermedad desconocida que devino en pandemia. *Acta bioethica*, 26(2), 155-164. Disponible en línea en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2020000200155>.
3. Bueres A. *Responsabilidad civil de los médicos. Hammurabi*, 3ª ed.; 2006. Buenos Aires.
4. San Martín Neira, Lilian. (2019). Desastres naturales y responsabilidad civil. Identificación de los desafíos que presenta esta categoría de hechos dañinos. *Revista de derecho (Valdivia)*, 32(2), 123-142. Disponible en línea en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502019000200123>.
5. Colmenares Jiménez, Jesús Armando. (2005). "La responsabilidad jurídica del médico en Venezuela". *Revista de Derecho*, (23): 289+. Disponible en línea en: Gale OneFile: Informe Académico, [link.gale.com/apps/doc/A149068884/IFME?u=anon~d1d00204&sid=googleScholar&xid=06eb759d](http://link.gale.com/apps/doc/A149068884/IFME?u=anon~d1d00204&sid=googleScholar&xid=06eb759d).
6. Bakewell, F. Pauls, M.A. Migneault, D. (2020). Ethical Considerations of the Duty to Care and Physician Safety in the COVID-19 Pandemic. *CJEM*, (24): 1-6. Disponible en línea: <http://dx.doi.org/10.1017/cem.2020.376>.
7. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [consultado 12 May 2020] Disponible en línea en:

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

8. Emanuel, E.J. Persad, G. Upshur, R. Thome, B. Parker, M. Glickman, A. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. Disponible en línea en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>.

9. Arimany-Manso, Josep. Martín-Fumadó, Carles. (2020). Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. *Revista Medicina Clínica*. Disponible en línea en: DOI: 10.1016/j.medcli.2020.06.010.

10. Yan Y, Shin WI, Pang YX, Meng Y, Lai J, You C, Zhao H, Lester E, Wu T, Pang CH. (2020). The first 75 days of novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak: Recent advances, prevention, and treatment. *En International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Número 7, p. 2323). MDPI AG. Disponible en línea en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072323>.

11. Bertoldi DE Fourcade, María Virginia. (2014). Los derechos del paciente. Su recepción legislativa. En Garay, Oscar Ernesto (Director). *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, Bioética y jurídica: civil y penal*, T. I, pp. 245-292. Buenos Aires: La Ley.

12. Arteaga Sánchez, Alberto (1997). *Derecho Penal Venezolano*. Octava Edición. McGraw-Hill Interamericana de Venezuela. Caracas.

13. Chiossone, Tulio. (1981). *Manual de Derecho Penal Venezolano*. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

14. Villalobos, Ignacio, et all (2000). *La Tentativa y el Dolo*. Estudios de Derecho Penal General. Reimpresión. Jurídicas Rincón C.A.. Barquisimeto.

15. Pizarro C. (2003). La responsabilidad médica por el hecho de otro. *Revista Chilena de Derecho Privado*; 1: 181-205. Disponible en línea en: <https://dialnet.unirioja.es ›descarga › articulo>.

16. Martínez-Ortiz, Gerardo.(2004). Responsabilidades jurídico-administrativas del profesional en medicina. *Revista Mexicana de Anestesiología*; 27(Supl. 1): 182-184. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>.

17. Martín-Fumadó C., Gómez-Durán E.L., Morlans-Molina M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del COVID-19. *Rev Esp Med Legal*. Disponible en línea en: DOI: 10.1016/j.reml.2020.05.004.

18. Altuna Peñacoba, María. (2021). Limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en UCI en pacientes Covid-19 . Trabajo especial de grado en Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en línea en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/698139>.

19. Araujo-Cuauro, Juan Carlos. (2017). El debate entre la futilidad médica y la limitación del esfuerzo terapéutico. Desde una perspectiva bioética y legal. *Revista Academia*;16. (37): 97-110. Disponible en línea en: <http://www.saber.ula.ve/academia/>.

20. Astudillo W, Salinas A, Brandao Z, Carmona F, De Pablo A, Piolatti A et al. (2019). Manejo clínico y paliativo del sufrimiento en la COVID-19. *Rev El Dolor*; 29(71): 10-21. Disponible en línea en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118048?src=similardoc>.

20. Andrés M.J., Donaire L., Juárez C., Hernández M., De Miguel A., Guisado J.A. Internamientos no voluntarios en el hospital general. *Psiquiatria.com* [revista electrónica] 2002;6:1. [Consultado 18/10/2007]. Disponible en línea en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/79>. [Google Scholar] [Ref list] .

20. Rodríguez Gutiérrez, José. alle Calonge, Elena. Díaz García, Elena. Gallego Riestra, Sergio. (2021). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Ingreso involuntario sí, tratamiento involuntario no. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 56(4):241-243. Disponible en línea en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.007>.

20. Martínez-García M., Bal-Alvarado M., Santos Guerra F., Ares-Rico R., Suárez-Gil R., Rodríguez-Álvarez A. (2020). Monitoring of COVID-19 patients by telemedicine with telemonitoring. *Rev Clin Esp*;220:472-479. Inglés, español. Disponible en línea en: DOI: 10.1016/j.rce.2020.05.013.

21. Allpas-Gómez, Henry L. (2019). Telesalud y Telemedicina, el presente y perspectivas futuras en el Perú y el mundo. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, vol. 3, núm. 3, pp. 99-100,. Disponible en línea en: DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.3.3.338>.

22. Chueke D. (2015). Panorama de la Telemedicina en América Latina.. Disponible en línea en: <http://es.eyeforpharma.com/ventas-y-marketing/panorama-de-la-telemedicina-en-américa-latina>.

23. Pérez-Manchón D. (2015). Telemedicina, una red social médica de ayuda humanitaria entre España y Camerún. *Elsevier España*;29(1):59?61. Disponible en línea en:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.011>.

24. Cosoi E. (2002). Telemedicina en el mundo; *Rev. chil. pediatri*; 73(3):300-301. Disponible en línea en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000300014>.



25. Curioso, Walter H., & Galán-Rodas, Edén. (2020). El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 366-375. Disponible en línea en: <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>
26. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease (COVID-19). *J Telemed Telecare*. Disponible en línea en: DOI: 10.1177/1357633X20916567
27. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial 5.453
28. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2005). Código Penal de Venezuela. Con Ley de Reforma Parcial, según Gaceta Oficial N° 5.768, Extraordinario.
29. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2011). Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823.
30. Congreso de la República Bolivariana de Venezuela. (1982). Código Civil de Venezuela. Gaceta N° 2.990 Extraordinaria.
31. Federación Médica Venezolana. (2003). Código de Deontología Médica. Aprobado durante la CXXXIX reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana realizada en Barquisimeto el 18 y 19 de octubre de 2003.
32. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2015). Ley de Telesalud, publicada en la Gaceta Oficial N° 6.207 Extraordinario.



**Revista Mexicana de Medicina Forense  
y Ciencias de la Salud**