

UDS

LIBRO

DILEMAS ÉTICOS Y TOMA DE DECISIONES

MAESTRÍA: ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE LA SALUD.

Tercer Cuatrimestre.

Mayo - Agosto 2024

Gladis Adilene Hernández López

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por la tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

DILEMAS ÉTICOS Y TOMA DE DECISIONES

OBJETIVO: Que el alumno sea capaz durante su ejercicio profesional de identificar y resolver los problemas dentro de la ética y la moral aceptadas internacionalmente en la actualidad.

INDICE

UNIDAD I

GENERALIDADES, PRINCIPIOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Conceptos
- 1.3. Autonomía
- 1.4. Beneficencia
- 1.5. Jurisprudencia
- 1.6. Paciente
- 1.7. Familiar

UNIDAD II

COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA, EL EXPEDIENTE CLÍNICO, BIOÉTICA VS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

- 2.1. Integración
- 2.2. Responsabilidad
- 2.3. Enfermo
- 2.4. Prestador
- 2.5. NOM-168 6
- 2.6. Uso

2.7. Abuso

UNIDAD III

ABORTO, BIOÉTICA EN PEDIATRÍA Y SALUD REPRODUCTIVA.

- 3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses
- 3.2. Estados en donde se legisla
- 3.3. Consentimiento informado a padres o tutores
- 3.4. Anticonceptivos
- 3.5. Embarazo no deseado
- 3.6. Concepción in vitro

UNIDAD IV

SUICIDIO Y EUTANASIA, TRASPLANTE DE ÓRGANOS, CLONACIÓN, SIDA Y MUERTE.

- 4.1. Suicidio asistido
- 4.2. Casos terminales
- 4.3. Vivo-vivo
- 4.4. Muerto- vivo
- 4.5. Heterogéneo
- 4.6. Células madres
- 4.7. Clonación órganos
- 4.8. Cuidados terminales del enfermo
- 4.9. Con dignidad

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos	60%
4	Examen	40%
	Total, de Criterios de evaluación	100%
	Mínima aprobatoria	8

PRESENTACIÓN

Es un placer por este medio poder enviar un saludo a cada uno de ustedes compañeros en esta aventura del conocimiento, porque el mundo del aprendizaje nos convierte en compañeros de aventuras, es un placer el poder acompañarlos en esta asignatura denominada **“DILEMAS ÉTICOS Y TOMA DE DECISIONES”**, así también enviarles felicitaciones, porque continuar en el mundo de la capacitación constante es complicado, pero ustedes demuestran lo contrario, espero que sea muy enriquecedor, gracias al vasto conocimiento que tiene cada uno de ustedes. En esta asignatura el aprendizaje será bidireccional pues todos podremos aprender.

Quiero compartirle que estoy a sus órdenes para lo que necesiten, pero es importante que:

➤ Organice

Sus tiempos para poder entregar sus actividades, pues la flexibilidad de la plataforma es que ustedes puedan ingresar en todo momento del día, teniendo 7 días para poder elegir cuando dejar actividades, con excepción de la tercera semana que nada más contarán con seis días.

➤ Revise

Al inicio de cada semana las actividades, antologías, instrucciones para realizar cada una de las actividades para poder desarrollar sin contratiempo su trabajo semanal.

➤ Originalidad

Que todo lo que realice desde sus aportaciones en ensayos y actividades tengan su toque personal al aportarnos sus interpretaciones, relacionando los contenidos con ejemplos o experiencias que usted posee, pues eso da un enriquecimiento natural a cada actividad.

“Lo mejor que se puede compartir es el conocimiento” Alain Ducasse

Atentamente

Gladis Adilene Hernández López

Facilitadora UDS

INDICE

- 2.4. Prestador**
- 2.5. NOM-168 6**
- 2.6. Uso**
- 2.7. Abuso**

UNIDAD III

ABORTO, BIOÉTICA EN PEDIATRÍA Y SALUD REPRODUCTIVA.

- 3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses**
- 3.2. Estados en donde se legisla**
- 3.3. Consentimiento informado a padres o tutores**
- 3.4. Anticonceptivos**
- 3.5. Embarazo no deseado**
- 3.6. Concepción in vitro**

UNIDAD II

2.4. Prestador

Uno de los principales objetivos de la política social actual es ampliar al máximo la cobertura de los servicios de salud; para lograrlo, se ha considerado su provisión mediante varias estrategias que incluyen al sistema de seguridad social y a los servicios de salud a población abierta.

Una gran parte de las inversiones recientes en este campo se han destinado a la construcción de servicios de salud, en particular para segmentos de la población que hasta hace algún tiempo estaban desprotegidos. Sin embargo, no existe la suficiente información sobre las características de la utilización de servicios de salud por parte de la población. Más aún, evidencias de diverso tipo (ante todo anecdótico y casuístico) indican que hay un desencuentro entre la oferta y la demanda de estos servicios.

En nuestro país existen tres grandes segmentos de prestadores de servicio de salud: las instituciones de seguridad social, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es el mayor, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población; los servicios de salud a población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS - Solidaridad; y un el tercer segmento que integran los servicios privados, bastante fragmentado y donde los seguros de esta naturaleza afilian poco menos del 2% de la población.

La Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, convocar los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones

básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

En los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud trabajando en instituciones públicas, aumentando las tasas de médicos y enfermeras por habitantes.

La NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012, EN MATERIA DE INFORMACION EN SALUD, establece el concepto de prestador de servicios, lo cual reza lo siguiente:

3.59 Prestador de Servicios de Salud. - Persona física o moral del sector público, privado o social que proporciona servicios de salud en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables sanitarias y que forma parte del Sistema Nacional de Salud.

En lo que respecta al reglamento de la ley general de salud establece lo siguiente:

ARTICULO 18.- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que, según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate. Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 31.- Los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas de la salud, deberán participar en el desarrollo y promoción de programas de educación para la salud.

También es importante describir que los prestadores de servicio, tienen que cumplir con el decálogo planteado, que reza lo siguiente:

DECÁLOGO DE OBLIGACIONES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1. Brindar trato digno a pacientes, familiares y/o cuidadores

Obligación

Brindar trato digno y respetuoso, sin discriminación alguna y de acuerdo con los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional, utilizando todos los recursos y conocimientos a su alcance en beneficio de las y los pacientes.

2. Brindar información integral a pacientes, familiares y/o cuidadores.

Obligación

Proporcionar al paciente, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador, la información suficiente y oportuna sobre su estado de salud para la toma de decisiones libres e informadas, respetando su derecho a aceptar o rechazar los tratamientos y/o procedimientos propuestos.

3. Abstenerse de garantizar resultados y facilitar una segunda opinión en caso de duda o incertidumbre.

Obligación

Abstenerse de garantizar resultados y de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral, brindando siempre la posibilidad de una segunda opinión y cumplir con los principios del Código de Ética de las y los Profesionales de la Salud.

4. Integrar, cuidar y resguardar el expediente clínico.

Obligación

Integrar y resguardar el expediente clínico de las y los pacientes por un periodo mínimo de 5 años posteriores a la última atención otorgada, salvo que se trate de procesos administrativos o legales, así como proporcionar una copia íntegra a la o el paciente, su familiar o su representante legal, siempre que lo solicite.

5. Garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos personales de las y los pacientes.

Obligación

Garantizar el tratamiento de los datos personales, salvaguardando la confidencialidad respecto del estado de salud, padecimientos, diagnóstico y tratamiento de cualquier paciente a su cargo.

6. Utilizar correctamente los recursos sanitarios de los que disponga.

Obligación

Utilizar de forma racional, honesta, honrada, eficiente, efectiva, justificada, equitativa y prudente, los recursos sanitarios que se le confían, para beneficiar en todo momento a la y el paciente.

7. Recabar el consentimiento informado.

Obligación

Recabar el consentimiento informado o negativa de la o del paciente, familiar y/o cuidadora o cuidador, previo a realizar cualquier tratamiento o intervención, plasmando la voluntad en el documento correspondiente.

8. Referir a la o el paciente oportunamente a un profesional o unidad médica de mayor capacidad resolutive.

Obligación

Consultar o referir a la o a el paciente a otra u otro profesional de la salud calificado, ante algún caso que supere su capacidad resolutive y/o experiencia.

9. Actualización y certificación profesional permanente.

Obligación

Realizar de forma periódica y permanente una actualización profesional. En caso de ser médica o médico general y/o especialista, contar con certificación vigente del Consejo de Profesionales que corresponda.

10. Responder y resolver las inconformidades y quejas por la atención médica brindada.

Obligación

Responder y resolver las quejas en su contra, recurriendo a los procesos conciliatorios o arbitrales disponibles, en su caso, restablecer la salud de la o del paciente y/o reparar el daño ocasionado.

2.5. NOM-168 6

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

El Programa de reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud.

Destaca por su importancia el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos médicos, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma oficial mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Concepto de expediente clínico:

Es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos serán solidariamente responsables del cumplimiento de esta obligación en cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:

1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
2. En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
3. Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.
4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos; sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o al Consejo de Arbitraje Médico (Conamed) para la regulación médica.

Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas oficiales mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma, deberán contener nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

2.6. Uso

Cuando las personas enfrentan problemas de salud y se ven en la necesidad de buscar atención médica, el derecho universal a la salud se concreta. El grado en que el gobierno puede ofrecer servicios de calidad, gratuitos, accesibles y oportunos influye significativamente en la protección y el bienestar de su población. En México, la materialización del derecho a la salud está íntimamente ligada a un sistema de salud caracterizado por la fragmentación y por disparidades en el acceso; a su vez, estas últimas están determinadas en gran medida por el estatus laboral de las y los ciudadanos. La utilización del sistema de salud en México es un fenómeno complejo ligado a las elecciones de la población en la búsqueda de servicios médicos.

El acceso a atención médica dentro del sistema de salud mexicano presenta una marcada división entre aquellas personas que están incorporadas al sector formal de la economía y aquellas que se emplean en el sector informal. Las personas que trabajan en el sector formal generalmente disfrutan del acceso universal a la atención médica, de manera que se benefician, en general, de servicios integrales y gratuitos. En cambio, el sector informal, que abarca una parte significativa de la fuerza laboral mexicana, enfrenta mayores barreras para acceder a servicios públicos de atención médica. Los servicios que puede obtener este grupo de la población son frecuentemente mínimos y de calidad subestándar, lo cual pone de manifiesto una profunda desigualdad en la provisión de servicios de salud en México.

Sin embargo, no es el único factor que influye en las decisiones de los individuos al buscar atención médica. Las percepciones de accesibilidad y calidad desempeñan un papel fundamental también. La población mexicana tiene que decidir si acude o no a los servicios públicos de salud, con base en sus evaluaciones y percepciones respecto a la efectividad de estos servicios.

Los mismos datos señalan un cambio gradual en el comportamiento de búsqueda de atención médica durante los últimos 20 años, con una disminución notable en la proporción de la población que elige no buscar atención en absoluto. Sin embargo, al mismo tiempo, ha habido un aumento significativo en la utilización de los servicios de salud privados. Notablemente, en la última década, los consultorios adyacentes a farmacias se han convertido en una opción popular para un segmento considerable de la población. Lamentablemente, esta tendencia no está exenta de riesgos para la salud de las y los pacientes, principalmente debido a una atención de mala calidad acompañada de incentivos para la sobreprescripción. En el caso de México este fenómeno es desigual: si bien toda la población usa servicios privados –incluyendo quienes tienen seguridad social, el uso de dichos servicios es más elevado entre aquellas personas sin derechohabiencia.

La preferencia de casi la mitad de la población mexicana por pagar servicios de salud privados en lugar de usar servicios públicos gratuitos cuando enfrenta una necesidad de salud subraya un desafío crítico para el gobierno mexicano en su búsqueda por proporcionar atención médica para todos. Los factores clave que impulsan este comportamiento incluyen la percepción de falta de accesibilidad, mala calidad de los servicios, escasez de personal y existencia insuficiente de medicamentos. En 2022, se documentó que 71 por ciento de los motivos por los que las personas no se atendían en servicios públicos se relacionaban con barreras de accesibilidad (afiliación, la cercanía y, paradójicamente, el costo), y 21 por ciento, con la percepción de mala calidad de la atención. Estos resultados reflejan problemas arraigados dentro del sistema de salud pública que requieren soluciones integrales y complejas.

Para abordar estos desafíos es necesario ampliar el esfuerzo por mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. En la medida en que estos servicios gradualmente satisfagan más necesidades y las expectativas de todos los segmentos de la población, independientemente de su estatus laboral, se podrá influir en la decisión de usar el sistema público. Esto requiere invertir en infraestructura, aumentar la fuerza laboral de salud, asegurar el suministro adecuado de medicamentos y mejorar la experiencia general de las y los pacientes en las clínicas y hospitales del sistema público. Conforme esto suceda, se requiere de una sólida campaña de educación pública para mejorar las percepciones en torno a los servicios públicos de salud. Al destacar las mejoras en la calidad y accesibilidad, el gobierno puede fomentar una mayor utilización de la atención médica pública, reduciendo la dependencia de la población respecto a los servicios privados.

2.7. Abuso

El abuso en el contexto médico se refiere a la utilización inapropiada o excesiva de sustancias, comportamientos o servicios médicos que pueden resultar en daño físico, psicológico o social para el individuo. Este término abarca una amplia gama de conductas y situaciones, incluyendo el abuso de sustancias y el abuso de servicios médicos. Cada una de estas categorías tiene características y consecuencias específicas que requieren un abordaje adecuado desde la perspectiva médica y de salud pública.

El abuso de sustancias es uno de los tipos más comunes y estudiados de abuso en la Medicina. Se refiere al uso nocivo o perjudicial de sustancias psicoactivas, incluidas el alcohol y las drogas ilícitas y recetadas. El abuso de sustancias puede llevar a una variedad de problemas de salud, como trastornos por consumo de sustancias, enfermedades crónicas, problemas cardiovasculares, hepáticos y neurológicos, y una mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas debido a comportamientos de riesgo

asociados. El manejo del abuso de sustancias implica una combinación de tratamientos farmacológicos, terapias conductuales y apoyo social.

El abuso de servicios médicos, también conocido como fraude o mal uso de los recursos médicos, implica la utilización inapropiada de servicios médicos, ya sea por parte de los proveedores de atención médica o de los pacientes. Esto puede incluir la facturación excesiva, la prescripción innecesaria de medicamentos o procedimientos, y la obtención de servicios médicos bajo falsos pretextos. El abuso de servicios médicos tiene implicaciones significativas para el sistema de salud, contribuyendo al aumento de los costos de atención médica y la reducción de los recursos disponibles para aquellos que realmente los necesitan. Combatir este tipo de abuso requiere la implementación de sistemas de monitoreo y auditoría, así como la educación y concienciación de los profesionales de la salud y los pacientes.

El manejo del abuso en sus diversas formas es un desafío complejo que requiere un enfoque multidisciplinario. La identificación temprana y la intervención son cruciales para minimizar el daño y proporcionar el apoyo necesario a las víctimas. Los profesionales de la salud juegan un papel vital en la detección del abuso, la provisión de atención médica y el enlace con otros servicios de apoyo. Además, es esencial la formación continua de los profesionales de la salud para reconocer los signos de abuso y conocer los procedimientos adecuados para intervenir.

La prevención del abuso es igualmente importante y puede lograrse a través de la educación, la concienciación y la implementación de políticas y programas protectores. Esto incluye programas de educación para padres, campañas de sensibilización pública, la creación de entornos seguros para los niños y los ancianos, y la promoción de servicios de salud accesibles y de calidad. La colaboración entre diferentes sectores, incluyendo la

salud, la justicia, la educación y los servicios sociales, es crucial para abordar el abuso de manera efectiva.

UNIDAD III

ABORTO, BIOÉTICA EN PEDIATRÍA Y SALUD REPRODUCTIVA.

3.1. Consentimiento informado antes de 3 meses

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico.

Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

I.- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.

- 2.- Intervención quirúrgica.
- 3.- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- 4.- Participación en protocolos de investigación.
- 5.- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- 6.- Procedimientos invasivos.
- 7.- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- 8.- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico.

No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

La ley general de salud, reza lo siguiente, respecto al consentimiento informado:

Artículo 51 Bis I.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

El consentimiento informado, que constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud.

El consentimiento informado es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud.

Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado.

Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos.

En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes constituye una obligación por parte de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar.

Se entenderá como ajustes razonables a las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

No se entenderá que la persona no puede dar su consentimiento cuando se estime que está en un error o que no tiene conciencia de lo que hace.

3.2. Estados en donde se legisla

La República mexicana esté inmersa en un pacto federal reflejado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este pacto permite que los estados ejerzan la competencia residual para legislar en materia de salud y de consentimiento informado, siempre y cuando estén en consonancia con la Constitución y los ordenamientos federales, derivado de las facultades coincidentes y coexistentes en la materia.

Esa producción de orden jurídico descansa en el respeto de la jerarquía de normas que impera en el sistema jurídico mexicano.

Además de esta base de producción de normas, el consentimiento informado puede ser estudiado desde diversas áreas jurídicas (civil, administrativa y penal), que son fuente de criterios sobre su aplicación.

El consentimiento informado crea legalmente una relación de igualdad en un ideal democrático de prestación de servicios, en donde el paciente, en pleno uso y control de su cuerpo, manifiesta su parecer, actualizando un derecho personalísimo.

Algunas observaciones al consentimiento consisten en que la relación médico-paciente tiene una brecha, científica y psicológica, en la que el lenguaje técnico y la vulnerabilidad del paciente al momento de acudir al servicio de salud manifiestan una asimetría jurídica, que desemboca en la figura del asentimiento, por el cual el profesional propone, y el paciente, al no estar capacitado científicamente para calificar el contenido y tomar decisiones, se limita a aceptar la situación.

Es así que el consentimiento informado no es un problema de conocimiento, sino de comprensión, donde la labor jurídica y ética es equilibrar la situación para que sea válido, sin ser un simple asentimiento.

Finalmente, para que el consentimiento informado opere jurídicamente como eximente es necesario que se compruebe que el médico actuó diligentemente conforme a un adecuado fundamento científico, y que de las variables optó por la opción idónea al caso.

Actualmente las materias más reguladas en la legislación penal a nivel federal y estatal que requieren el consentimiento informado en intervenciones quirúrgicas e investigación corporal del inculpado, la falta de autorización y consentimiento está tipificada como responsabilidad profesional.

Lo que reza en la ley general de salud, respecto a este tema es lo siguiente:

Artículo 53.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

A manera de conclusión, en todas las entidades federativas, se regula el consentimiento informado, porque recordemos que dependemos de nuestra legislación federal.

3.3. Consentimiento informado a padres o tutores

En México, y en casi todos los países del mundo, los padres tienen no solo el derecho sino la obligación de tomar las mejores decisiones en nombre de sus hijos mientras sean menores de edad, que por definición y de conformidad con el artículo 1º. de la convención sobre los Derechos del Niño: debe entenderse por "niño" todo ser humano (independientemente del sexo) menor de 18 años de edad, y por su vulnerabilidad este debe ser protegido por sus padres, la sociedad y el Estado.

En este sentido, es importante que todos los que trabajamos con niños reconozcamos la obligación que tenemos de respetar su vida y libertad, así como procurar al máximo que reciban la protección y los cuidados que su condición exige, evitando en todo momento dañarlos o agredirlos. Es nuestra labor reconocer en qué momento está justificada la intervención del Estado ante las decisiones de los padres como representantes legales de los derechos de sus hijos.

La minoría de edad es una incapacidad establecida por la ley y constituye una restricción a la capacidad jurídica, pero los que se encuentren en esta condición "pueden ejercitar sus derechos y contraer obligaciones por medio de sus representantes", pues toda persona física tiene derecho a su identidad, y el Estado está obligado a garantizarlo. Dicha identidad se conforma por el nombre propio, la historia filial y genealógica, el reconocimiento de la personalidad jurídica y la nacionalidad.

De lo anterior se deriva que toda persona desde que nace y hasta que muere cuenta con capacidad de goce, considerada como la aptitud para ser titular de derechos, y si bien puede carecer de la capacidad de ejercicio (ser titular de derechos y obligaciones, después de los 18 años, que nos convertimos en mayores de edad), no por ello carece de personalidad jurídica; por lo tanto, resulta indiscutible que los derechos de los infantes están tutelados por la ley.

Por lo anterior, las decisiones por sustitución les corresponden esencialmente a los padres en el caso de los niños, y esto no se debe a que sean los que aman a sus hijos más que el resto de la gente, sino porque la familia es desde su raíz una institución de beneficencia (se presume que jamás los padres realizaran algo en contra de los hijos). Así como la función del Estado es la de no-maleficencia, la de la familia es la de beneficencia.

Los padres tienen que definir el contenido de la beneficencia de su hijo, pero no pueden actuar nunca de modo maleficente y si se presumiera (por la sociedad, entre ellos los

nosocomios públicos o privados), es lo que corresponde al Estado vigilar, de lo cual se desprende decir que la autoridad paterna no es absoluta en ninguna manera, y cuando el bienestar y la vida de los hijos están en riesgo o peligro, el Estado tiene la obligación de intervenir.

En este momento es conveniente aclarar cuál es la posición del menor de 18 años a lo largo de su infancia y en qué momento debe el médico y sus padres escuchar y tomar en consideración sus deseos y preferencias.

Los menores de edad que tienen más de 16 años y menos de 18 años son un grupo que se debe de considerar en especial, ya que se les reconoce la capacidad, aunque no plena, de obrar. La doctrina legislativa ha advertido ya de los riesgos que supone partir del criterio cronológico en los pacientes menores de edad, sin ningún tipo de aclaración o ajuste, pues la clave es que en el menor se garantice la madurez suficiente, de capacidad natural, lo cual no siempre guarda relación directa con la edad, sino que debe de analizarse en cada caso concreto. En nuestro país, aún no está legislado bajo qué condiciones el menor tendrá autonomía para decidir sobre su salud, y la capacidad de obrar en los aspectos relativos a su salud.

El Código Civil, título octavo, de la patria potestad, tras atribuir la patria potestad de los menores no emancipados a los padres, obliga a ejercerla siempre en beneficio de los hijos. Por lo tanto, la persona responsable que sustituye al niño en su capacidad de decidir debe tener en cuenta el alcance de las consecuencias que el tratamiento médico puede ocasionar sobre la vida del menor, lo que evidentemente incluye una ponderación de los posibles efectos irreversibles que la intervención médica puede llevar consigo, en la medida en que los tratamientos que tienen tal carácter podrían llegar a condicionar determinados aspectos de la vida futura del menor. La decisión que se adopte debe ser la más objetiva posible y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del niño y con respeto a su dignidad personal.

Definir el interés superior del menor es materia temeraria, y tomar una decisión con base exclusiva en este concepto podría no ser suficiente en casos donde entran en conflicto las decisiones entre los médicos y los padres. Sin embargo, el umbral donde el médico no deberá tolerar las decisiones de los padres será el momento en que los padres dejen de actuar en beneficio de su hijo y tomen decisiones dañinas para este, lo cual automáticamente se convierte en gestión del Estado (Es decir hay que informarle al estado a través de la denuncia ante las autoridades correspondientes).

En cuanto a la ley general de salud, reza lo siguiente, respecto a lo anteriormente señalado:

Artículo 51 Bis 2.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes constituye una obligación por parte de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar.

Párrafo adicionado DOF 16-05-2022

Se entenderá como ajustes razonables a las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Párrafo adicionado DOF 16-05-2022

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA 02, CON FECHA DEL 08 AL 14 DE JULIO DE 2024.

Cuadro sinóptico: Elaborar un cuadro sinóptico correspondiente a los temas abordados en la segunda unidad, de los siguientes subtemas 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 y la unidad número tres, con apoyo de la antología o de información adicional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguirre Gas H. Calidad de la atención médica. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1997.
- 2.- Cano Torres O. Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Bol Epidemioln 1984.
- 3.- Dawdy MR, Hunter DW, Gilmore RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwritter emergency treatment records. Am J Emerg Med 1997.
- 4.- Universidad Nacional Autónoma de México. Estudio analítico del expediente clínico. México: Facultad de Medicina, UNAM; 1997.
- 5.- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño
- 6.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación médica. México: Subdirección General Médica, IMSS; 1972.
- 7.- Ley general de salud. Diario Oficial de la Federación(México); reforma 2024.

Linkografía

- <http://www.gob.mx/salud>