

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
I	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

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**

UNIDAD I

GENERALIDADES, PRINCIPIOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El dilema ético, también conocido como dilema moral, es una situación que se presenta donde generalmente hay dos salidas; salidas, frente a las cuales el individuo tiene que tomar decisiones que implican asumir unas consecuencias de índole moral o ético. En medicina, por ejemplo, las dos salidas podrían tener que ver con consecuencias diferentes como la vida y la muerte; o en el caso de la eutanasia, aquellos casos que tienen que ver con desconectar o no a un paciente. Estas consecuencias, por lo general, tocan el ámbito de la moral y la ética (Guerra, 2020).

En la vida diaria, también hay dilemas éticos que se les presentan a los individuos.

Mencionaremos solo algunos: en países como México, con altos índices de corrupción, si un individuo observa que su jefe comete actos corruptos en empresas privadas o públicas el simple hecho de preguntarse qué hacer al respecto es un dilema ético. Será mayor o menos grave, en el ámbito emocional, dependiendo del nivel de consciencia moral que posea el individuo de acuerdo a sus creencias y principios. En ciertas ocasiones, puede convertirse en un infierno mental ir a trabajar a sabiendas de lo que se conoce y no se hace nada al respecto para evitarlo: ¿denunciar los actos de corrupción del jefe?, o ¿callar y mantener el empleo que le da el sustento personal y el de su familia?

En los períodos de votación hay dilemas éticos cuando los grandes caciques políticos van a las comunidades a ofrecer dinero, comida, empleo y otros elementos a cambio de votos. Vender la consciencia o votar por el candidato que más se acerca a sus convicciones personales, es otro tipo de dilema ético.

En tiempos de guerra se presentan muchos conflictos morales particularmente a médicos, abogados, jueces y servidores públicos; los cuales deben cumplir funciones que en muchas ocasiones van en contra vía de su voluntad, de sus creencias, de sus principios morales y de su comportamiento ético.

Las normas en las que actúa una sociedad son en términos generales los principios de la Ética, en el caso de la ética médica basada en la confidencialidad, el secreto profesional y la relación médico-paciente, es un hecho que ha estado presente en la práctica de la medicina desde la antigüedad. El propio Hipócrates (460 aC.-370 aC.), considerado el padre de la medicina, plasmó en lo que se conoce como el juramento hipocrático los deberes éticos de los médicos, vigentes hasta nuestros días y que con altibajos que se han repetido a lo largo de los siglos, esta ética médica ha sido el marco referencial válido a través de veinticinco siglos y su olvido operativo durante el último siglo y medio, su limitación a la práctica de una buena ciencia, es lo que ha motivado la necesidad de revivir teorías y principios éticos.

Es indiscutible que existe un cambio en el paradigma del ejercicio médico. Los nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento han propiciado el aumento en el uso de la tecnología y la intervención de terceros. Queja constante en estos dos últimos siglos ha sido la deshumanización de la medicina por parte de la sociedad de nuestros días que ha cobrado conciencia para la defensa de los derechos humanos, entre los cuales la atención a la salud es un tema relevante.

Sin duda los avances del conocimiento y el desarrollo de la tecnología han jugado un papel preponderante en el conocimiento médico, con éxitos radicales en el tratamiento y control de numerosas enfermedades y una notable disminución de la tasa de mortalidad, además de un asombroso incremento de la expectativa de vida al nacer. Pero también han generado nuevos y complicados dilemas éticos, entre ellos: ¿qué actitud tomar ante la demanda y el uso de la medicina? ¿qué decidir frente a un aborto? ¿qué hacer en la

práctica clínica frente a un paciente terminal? ¿es ética la subrogación materna? ¿cuáles son los conflictos éticos en la donación de órganos? dilemas e interrogantes que nos preocupan y ocupan en la práctica médica.

I.1. Antecedentes

Si nos remontamos al Juramento de Hipócrates, en él podremos advertir la presencia de conceptos que en la actualidad tienen vigencia: el principio de beneficencia, a través de la conocida frase “primero, no hacer daño”; el reconocimiento a los maestros y el compromiso solidario con los hijos de ellos y con sus alumnos; no prescribir un fármaco mortal y no practicar el aborto; no practicar intervenciones para las que no se esté capacitado; evitar seducir a mujeres o muchachos en la casa de los enfermos; respetar la intimidad humana y el secreto profesional.

En 1947, el Tribunal Internacional de Nuremberg emitió la Declaración que lleva su nombre, a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos.

Esta Declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Médica Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo, respectivamente.

Destacan los documentos emitidos por esta Asamblea, preceptos irrenunciables como:

- Consentimiento informado.
- Evitar hacer daño o producir dolor al sujeto de la investigación.
- Opción del individuo de retirarse de la investigación en el momento que lo desee.
- Cumplimiento de los reglamentos vigentes para la investigación en humanos.
- El interés en la ciencia y en la sociedad jamás debe privar sobre el interés del individuo.
- Negarse a participar en un proyecto de investigación no debe afectar la relación médico-paciente.

En 1910 la Mayo Clinic Foundation estableció su Programa de Integridad, teniendo como elemento fundamental y soporte de los principios éticos al principio de honestidad.

En 1996 el Hospital Médica Sur editó y dio difusión en su institución a su Código de ética, cuya particularidad es abordar la ética desde el punto de vista de un hospital privado, con todas las implicaciones diferenciales en la administración hospitalaria, en la relación médico-paciente a nivel privado, haciendo énfasis en las relaciones interpersonales de los médicos y de los médicos con la institución.

En 1998 el American College of Physicians editó la cuarta edición de su Manual de ética, proponiendo criterios específicos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica, actualizándose permanentemente con el análisis de los casos que se les presentan para asesoría.

En 1998 la World Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las Orientaciones éticas para una buena práctica neuroquirúrgica”, documento que contó con las aportaciones de la delegación mexicana representada por la Comisión Nacional de Bioética, a través de su presidente, el Dr. Manuel Velazco Suárez. En este documento están contenidas numerosas aportaciones de aplicación a la ética en general.

La Comisión Nacional de Bioética en 2001 editó y difundió el Código de Bioética para el personal de salud, código-guía para médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, en el cual se revisan los antecedentes del tema.

En el mismo año la Asociación de Medicina Interna de México colocó en su página web, el Código de ética que regirá el desempeño profesional de sus miembros.

También en 2001 la Comisión Interinstitucional de Enfermería, encabezada por la Secretaría de Salud, presentó su Proyecto de código de ética para las enfermeras mexicanas.

En el mismo año la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicó las Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, unos meses después la Carta de los derechos generales de los pacientes, y el 23 de octubre de 2002 la Carta de los derechos generales de los médicos.

En 2002 el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, editó y difundió localmente su Código de ética, considerando a la ética como una parte esencial de una atención médica con calidad.

En ese mismo año la Academia Mexicana de Cirugía editó y presentó en la Ceremonia de Clausura de su Año Académico, su Código de ética.

Se ha hecho evidente en los primeros años de este siglo, el interés creciente que se ha desarrollado en el ámbito médico, por considerar en la prestación de sus servicios, el respeto a los principios éticos de la medicina.

La búsqueda permanente de la calidad de la atención médica, a través de los diferentes mecanismos conocidos, fundamentalmente con la aplicación del proceso de mejora continua, ha identificado diferentes rutas, todas ellas de gran importancia. Se han desarrollado los procedimientos de evaluación y certificación, se ha aplicado el análisis estadístico de los procesos, la reingeniería y el análisis comparativo de referencia (benchmarking). Sin embargo, es hasta años recientes, cuando se vinculó el juicio de calidad de la atención médica con un enfoque ético humanista.

Se propone como definición del concepto de calidad de la atención médica, al siguiente:

Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

Se intentará precisar los conceptos contenidos en esta propuesta:

- Paciente: persona que requiere satisfacer sus necesidades de salud, a través de la prestación de atención médica.
- Oportunidad: implica otorgar la atención en el momento que el paciente la amerita, no necesariamente cuando la demanda, ya que en ocasiones cuando la demanda no es oportuna que se le otorgue.
- Conforme a los conocimientos médicos vigentes: el médico tiene un compromiso profesional, moral y legal, de otorgar la atención conforme a conocimientos y habilidades actualizados, para lo cual dispone de programas de educación médica continua, asistencia a cursos y congresos. La mejor garantía que se puede ofrecer a los pacientes es la certificación vigente, otorgada por el consejo de la especialidad correspondiente.
- Conforme a los principios éticos vigentes: los principios éticos originales, cuya principal representación se encuentra en el Juramento de Hipócrates, han evolucionado en algunos casos y en otros conservan su vigencia.

En este documento nos referiremos a los siguientes:

- Principio de beneficencia.
- Principio de equidad.
- Principio de autonomía.
- Principio de confidencialidad.
- Principio de respeto.

- Principio de dignidad.
- Principio de solidaridad.
- Principio de honestidad.
- Principio de lealtad.
- Principio de justicia.

- Satisfacción de las necesidades de salud: determina el objetivo para alcanzar la curación del paciente en los casos en que esto sea factible, el control de las enfermedades que lo permitan, la mejoría de las que no se pueda controlar, la paliación de las que no sea factible controlar y, finalmente, el apoyo moral y la muerte digna para los pacientes a quienes no podamos ofrecer nada más. Es importante que el paciente y los familiares se enteren con oportunidad de las opciones factibles, para evitar el desarrollo de expectativas no factibles.

- Satisfacción de las expectativas: los usuarios de los servicios de salud tienen expectativas relativas a la calidad de la atención que recibirán, tanto en aspectos profesionales, como en los interpersonales. En la medida que estas expectativas se vean logradas, manifestarán su satisfacción y en caso contrario su inconformidad, quejas o demandas.

1.2. Conceptos

Con el propósito de manejar conceptos uniformes, se proponen las siguientes definiciones:

- Moral: del latín mores, significa costumbre o conjunto de costumbres y se refiere a la “ciencia que trata del bien en general y de las acciones (humanas en orden a su bondad o malicia”, considerándose como “condición de las acciones humanas, que las hace buenas”).

En un enfoque diferente se ubica a la moral como “conjunto de costumbres que ha sido llevado a nivel de normas y que se propone como marco regulatorio para una sociedad”.

- **Ética:** del griego *ethos*, significa costumbre o hábito, y de *eethos*, guardada y, posteriormente, carácter. Carácter moral que orienta hacia el bien. La ética se concibe como el pensamiento filosófico crítico sobre lo moral, en base a la libertad de elección de los seres humanos, dentro de la justicia; lo ético puede prevalecer sobre lo moral, por un bien superior.

Ubicaremos a la ética como “parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”.

- **Bioética:** “rama de la filosofía que determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida de la persona en particular y de los seres vivos en general, orientados hacia la preservación de la vida, a la luz de los principios morales”.

- **Deontología médica:** tratado de los deberes de los médicos. Con base en los conceptos previos se propone:

- I. **Ética médica:** “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”.

— Los mexicanos estamos amparados por el derecho constitucional a la salud, precepto que se encuentra en nuestra constitución federal de los estados unidos mexicanos, en su artículo 4, y los prestadores de los servicios de salud están comprometidos a otorgarla con calidad y respeto a los principios éticos vigentes.

El artículo cuarto, constitucional, en su párrafo 4, reza lo siguiente: “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso

a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

— El proceso de la atención debe ser llevado a cabo por los médicos, dentro de los marcos jurídico, científico y humanitario establecidos.

— Los usuarios (paciente y familiares) son las personas tributarias de la aplicación de los principios éticos vigentes, durante el proceso de la atención médica.

— Los médicos son los responsables de que la atención médica se otorgue con apego estricto a los principios éticos vigentes.

— Son responsables de la aplicación de estos principios todos los médicos, generales o especialistas, en el ejercicio de su profesión, tanto en el sector público como en el sector privado.

— La aplicación de estos principios es voluntaria, pretendiendo ser una guía de conciencia que conduzca al mayor beneficio de nuestros pacientes. Sin embargo, su violación puede ser motivo de reclamación por sus pares, sanciones de su institución, o aplicación de penas desde un enfoque jurídico.

1.3 Autonomía

Principio de autonomía

Este principio se basa en lo siguiente: “Derecho de los enfermos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica”.

Incluye los siguientes conceptos:

1. El paciente tiene derecho a conocer quién es su médico, aun cuando en su atención participe un equipo de ellos.
2. El paciente tiene derecho a elegir a su médico y a solicitar su cambio y a que se le conceda, cuando así lo desee.
3. No es admisible hospitalizar a un paciente en contra de su voluntad, a menos que exista un ordenamiento judicial o exista riesgo para las personas con las que convive.
4. El paciente tiene derecho a obtener una segunda opinión.
5. Con base en una información específica, válidamente otorgada, el paciente está facultado para otorgar su consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, o rehusarse a otorgarlo.
6. El paciente en uso pleno de sus facultades mentales, tiene derecho a otorgar su consentimiento o a negarlo, para la realización de procedimientos terapéuticos extraordinarios o para la aplicación de soporte vital, en forma verbal, por escrito o mediante un testamento de vida.
7. En el ejercicio de su autonomía, el paciente tiene derecho a manifestar su inconformidad por la atención recibida, a través de una queja, y es responsabilidad de los médicos atenderla, darle una explicación, resolver el problema o darle una respuesta satisfactoria.
8. Con base en una información específica, válidamente otorgada, el paciente está facultado para otorgar su consentimiento para participar como sujeto en proyectos de investigación, o rehusarse a otorgarlo.

9. El paciente en uso pleno de sus facultades mentales, tiene derecho a expresar su voluntad para donar sus órganos para trasplante.

10. En caso de que el paciente esté imposibilitado para tomar las decisiones que le conciernen, la responsabilidad recae en el o los familiares legalmente responsables o un apoderado legal.

11. En casos de urgencia, cuando el paciente esté imposibilitado para tomar las decisiones que le conciernen y no existan familiar legalmente responsable o un apoderado legal, el médico está facultado para tomar las decisiones que se requieran, debiendo registrar en forma explícita y escrupulosa, la justificación correspondiente en el expediente clínico.

1.4 Beneficencia

Principio de beneficencia

Consiste en lo siguiente: “Dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica”.

Incluye los siguientes conceptos:

1. Todos los procedimientos médicos deben estar dirigidos a beneficiar al paciente.
2. Evitar cualquier acción que pueda dañar al paciente. (Principio de no maleficencia): “Primero no hacer daño”.
3. Procurar que todos los actos médicos permitan lograr el máximo beneficio para el paciente, exponiéndolo al mínimo riesgo.
4. La atención médica debe otorgarse conforme a los estándares más altos de calidad.
5. El médico que otorga la atención debe hacerlo con apego a los conocimientos médicos vigentes. Para mantener la vigencia de sus conocimientos, el médico debe estar

involucrado en un proceso de educación médica continua y actualizar su certificación con la periodicidad establecida.

6. El médico no debe atender a pacientes correspondientes a una especialidad diferente a aquella para la cual esté certificado, excepto en casos de urgencia cuando no se encuentre el especialista requerido, debiendo referirlo a dicho especialista en su oportunidad.

7. El médico debe promover y mantener una relación médico-paciente, amable, de confianza mutua y con comunicación permanente en ambos sentidos.

8. En la atención médica el trato al paciente debe ser en forma individualizada y amable, dirigiéndose al paciente como un individuo de la especie humana, con la debida consideración, por su nombre y ofreciendo el trato adecuado que deba darse, conforme a su edad, género, posición jerárquica, profesión, etc., cuidando no incurrir en exceso de confianza.

9. El médico tiene el compromiso de proporcionar información al paciente y a sus familiares, con oportunidad, en forma completa, comprensible para ellos, con veracidad; que incluya los diagnósticos de probabilidad o certeza, el programa de estudios y tratamientos; sus objetivos, los riesgos, efectos adversos, secuelas y complicaciones que se podrían presentar; los beneficios esperados, el pronóstico, sus variaciones y las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad.

10. Cuando la información no hubiera sido suficiente o clara, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias y a que se le respondan. Al final de la atención o cuando se requiera transferir al paciente a otro hospital, el médico debe entregar un informe completo y por escrito, de la atención otorgada.

11. El paciente tiene derecho a contar con un expediente clínico que contenga la información relacionada con su padecimiento, los resultados de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, el programa de estudio y tratamiento y el pronóstico. El expediente clínico es sujeto de manejo estrictamente confidencial.

12. Son éticamente aceptables los procedimientos para la reproducción asistida.

13. El médico debe abstenerse de administrar la pena de muerte.

1.5. Jurisprudencia

Etimológicamente la palabra es un culturismo que proviene del latín *jurisprudencia*, que deriva de *jus* (que significa derecho) y *prudencia* (previsión o conocimiento), las que conjuntamente pueden entenderse como: la prudencia de lo justo.

También se ha considerado que proviene de *prudens*, prudentes, que literalmente significa sabio, conocedor. *Prudentia* es una contracción (hacer de dos palabras una) de *providentia* que, a su vez, se compone de *pro*, que significa “antes”, y *video*, “ver”; es decir, la *providentia* puede ser entendida como ver de antemano o anticipadamente.

De ahí que sea válido afirmar que la jurisprudencia implica la *prudencia* y no la *sapientia*, en la medida que la *prudencia* es una virtud subjetiva que permite al ser humano conocer aquello que debe evitar; lo que, trasladado al derecho, puede entenderse como la virtud para distinguir entre lo justo y lo injusto.

El maestro Ignacio Burgoa dice que la jurisprudencia se traduce en las interpretaciones y consideraciones jurídicas integrativas uniformes que hace una autoridad judicial designada para tal efecto por la ley, respecto de uno o varios puntos de derecho especiales y determinados que surgen en un cierto número de casos concretos semejantes que se presenten, en la inteligencia de que dichas consideraciones e interpretaciones son obligatorias para los inferiores jerárquicos de las mencionadas autoridades y que expresamente señale la ley.

La jurisprudencia es una de las fuentes del derecho mediante la cual éste se actualiza e integra. Surge del trabajo intelectual que realizan los juzgadores autorizados para establecerla por medio de la interpretación de las leyes.

Una vez conocido el significado de jurisprudencia, usted se preguntará ¿Qué relación tiene con la práctica médica? Ahora le explico y ejemplifico con una jurisprudencia en materia de salud pública:

Un ejemplo relativamente reciente demuestra la importancia del derecho a la salud para la justicia constitucional e ilustran la forma en la cual el entendimiento jurisprudencial de este derecho tiene incidencia en el cambio social en México, justo a partir del litigio constitucional, por su impacto en las condiciones de creación de política pública.

El ejemplo más conocido en los últimos años es la sentencia emitida recientemente por la Primera Sala de la Suprema Corte el 4 de noviembre de 2015, al resolver el amparo en revisión 237/2014, el cual fue promovido por un grupo de ciudadanos, quienes acudieron ante un Juez de Distrito a solicitar la invalidez de los artículos 237, 245, fracción I, 247 y 248 de la Ley General de Salud que prohibían de manera absoluta el uso lúdico de marihuana, alegando que ello violaba su derecho de intimidad.

Aunque en un primer momento el Juez de Distrito que conoció del caso negó la petición de los demandantes, el caso subió a la Corte en revisión, en la cual se revocó la sentencia y se otorgó la razón a los actores, declarando la invalidez de las referidas, obligando a las autoridades no solo a no interferir en el ejercicio de los derechos humanos de los quejosos, sino también a parte de los actores jurídicos relevantes a iniciar un debate democrático sobre un posible cambio de aproximación política al problema de las drogas.

En su sentencia, la Corte precisó que el derecho a la salud debía entenderse en sentido amplio para incluir obligaciones a cargo del Estado para proteger a la población. Así, se determinó que el legislador puede emitir legislación que limite la libertad de las personas si ello redundaría en la protección de la salud, por lo que una ley que prohíba el consumo de ciertos productos considerados nocivos no resulta inválida por la única razón de interferir con la libertad de la persona de decidir sobre su cuerpo; sin embargo, determinó que en

este caso la norma resultaba inconstitucional porque una prohibición absoluta para consumir marihuana por razones lúdicas en cualquier circunstancia, esto es, con independencia del contexto de su consumo, resultaba desproporcionada.

Esto quiere decir que el legislador que es el encargado de crear las normas jurídicas, tiene que actualizar la ley de acuerdo a las necesidades de los individuos, en lo referente a este ejemplo, se modificó la ley general de salud.

Ahora estos son los resultados: con 316 votos a favor, 129 en contra y 23 abstenciones, el Pleno de la Cámara de Diputados aprobó en lo general el dictamen que expide la Ley Federal para la Regulación del Cannabis, y reforma la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, por lo que despenaliza el uso lúdico de la marihuana.

1.6. Paciente

El paciente es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.

Desde un punto de vista histórico, la concepción del paciente ha evolucionado significativamente. En las primeras etapas de la medicina, la relación médico-paciente era de naturaleza más paternalista, donde el médico tomaba decisiones en base a lo que consideraba mejor para el paciente, con poca o ninguna participación de este último en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, con el paso del tiempo, esta dinámica ha cambiado hacia un modelo de atención más centrado en el paciente, en el cual se valora y se respeta la autonomía del individuo, sus deseos y sus preferencias.

En la medicina contemporánea, el paciente es considerado como un socio activo en su propio cuidado de salud. Esto implica una comunicación bidireccional entre el paciente y el profesional de la salud, donde el intercambio de información es fundamental. Los

pacientes son alentados a participar activamente en su tratamiento, lo cual incluye tomar decisiones informadas sobre las opciones de cuidado disponibles y expresar sus preocupaciones y preferencias.

La relación médico-paciente es un componente esencial en la práctica de la medicina. Esta relación se basa en la confianza, el respeto mutuo y la comunicación abierta. La calidad de esta relación puede tener un impacto significativo en los resultados del tratamiento y en la satisfacción del paciente con la atención recibida. Por ello, es crucial que los médicos no solo sean competentes en sus habilidades clínicas, sino también en habilidades comunicativas y empáticas.

El término paciente también implica una serie de derechos y responsabilidades. Los derechos del paciente incluyen el derecho a recibir una atención segura y de alta calidad, el derecho a la privacidad y confidencialidad de su información médica, el derecho a dar o negar su consentimiento para tratamientos y el derecho a estar informado sobre su estado de salud y opciones de tratamiento. Por otro lado, los pacientes también tienen responsabilidades, como proporcionar información precisa sobre su historial médico, seguir las instrucciones dadas por los profesionales de la salud y respetar las políticas y procedimientos del entorno de atención médica.

En el contexto de la atención médica, es importante considerar la diversidad de los pacientes. Esto incluye la diversidad cultural, lingüística, de género, socioeconómica y de edad. Cada uno de estos factores puede influir en cómo los pacientes experimentan su enfermedad, cómo interactúan con los profesionales de la salud y cómo responden al tratamiento. Por tanto, es fundamental que los proveedores de atención médica sean competentes culturalmente y sensibles a las necesidades individuales de cada paciente.

El manejo del dolor y el sufrimiento es otra dimensión crucial en el cuidado del paciente. El alivio del dolor y el sufrimiento es un objetivo central de la atención médica. Esto

requiere no solo de intervenciones médicas, sino también de un enfoque holístico que pueda incluir apoyo psicológico, social y espiritual.

El paciente también juega un papel vital en el campo de la investigación médica. Los pacientes participan en ensayos clínicos y estudios de investigación, lo que contribuye significativamente al avance de la medicina y al desarrollo de nuevos tratamientos y terapias. La participación del paciente en la investigación se rige por estrictos protocolos éticos, asegurando que los derechos y la seguridad de los pacientes sean siempre la máxima prioridad.

1.7. Familiar

La dinámica de la familia ha cambiado a través de los años; no es estática, es una institución social que se adapta a los acelerados ritmos modernos en los que lo único constante es el cambio.

La familia es determinante dentro del proceso de salud–enfermedad; desde ese momento surge la necesidad de la disciplina en medicina familiar que obliga un abordaje integral del paciente y la familia, constituida como piedra angular de la sociedad, marcando al médico familiar un perfil completamente diferente a otras especialidades.

La medicina familiar tiene como base el entorno familiar biopsicosocial, el cual tiene la capacidad de ir del individuo a la familia y a la comunidad, para finalmente integrarlos, dándole un peso especial a los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación.

El sistema de salud dentro de su organización tiene una variedad de elementos complejos, como es el recurso humano; dentro de éste, es el médico familiar en quien recae más de 80% de la solución de la salud de sus pacientes.

La atención primaria a la salud y la medicina familiar son ámbitos estrechamente relacionados, en los que la atención primaria a la salud es el terreno de actuación fundamental del médico familiar; enfoca como unidad de análisis al individuo y su familia para otorgar servicios médicos primarios integrales y continuos, con énfasis en la prevención de la salud y la atención a la enfermedad.

La familia es una unidad fundamental de la sociedad y es un medio natural para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Cada familia es una unidad de vida social y personal. La familia no es una simple yuxtaposición de individuos. La familia es de alguna manera lo que son los individuos que la componen, las relaciones que establecen entre ellos, el grupo que ellos forman, los valores que comparten o que disputan, los contactos y redes que mantienen con otras familias y grupos, el techo bajo el que habitan, las estrategias que desarrollan para vivir y sus pasatiempos.

El gran reto de los médicos familiares en este nuevo siglo es lograr un cambio de cultura de su familia, su entorno biosocial y su dinámica familiar para lograr el cambio. Aunque el médico familiar dentro de su formación tiene muy claro en qué consiste el proceso salud–enfermedad, aún no conoce su propia dinámica familiar.

El estudio del ciclo de vida de una familia le permite al médico familiar analizar genéricamente la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución, lo cual permite prever una serie de fenómenos (crisis normativas y no normativas que puedan afectar la salud familiar) y poder anticiparse a ellos mediante la planificación de guías anticipadas.

UNIDAD II

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

2.1. Integración

La bioética constituye un apoyo esencial para la resolución de dilemas que puedan generarse en todo proceso de atención a la salud, así como en la interacción del personal de salud, pacientes, familiares y sociedad en general. El ejercicio de la medicina en ocasiones puede rebasar el ámbito de lo estrictamente clínico, por ello es necesario conformar grupos de carácter interdisciplinario que puedan evaluar los casos y las perspectivas de solución desde diversos puntos de vista y brindar asesoría.

La Comisión Nacional de Bioética, conforme a su mandato promueve la creación de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación en las instituciones de salud públicas y privadas, estableciendo, a través de las Guías nacionales, los criterios que deben considerar estos cuerpos colegiados para el desarrollo de sus actividades y la capacitación de sus miembros.

El término bioética, desarrollado por Fritz Jahr como imperativo bioético definió por primera vez la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza. Van Rensselaer Potter lo incorporó al discurso académico contemporáneo y la cultura general en el artículo *Bioethics, the science of survival*, publicado en 1970 y en su libro *Bioethics: bridge to the future*.

Para la Comisión Nacional de Bioética, la bioética es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en

la práctica y en la investigación médica que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad, como en futuras generaciones.

Los Comités Hospitalarios de Bioética surgen en la segunda mitad del siglo XX con el propósito de implementar mecanismos formales encaminados a resolver los dilemas que se presentan en la práctica de la medicina. En 1975 se enuncia por primera vez la necesidad de contar con comités multidisciplinarios para orientar la toma de decisiones en torno a cuestiones éticamente complejas.

Integración

Los Comités deben ser multidisciplinarios y plurales, e integrados por personal médico de distintas especialidades y por otros integrantes del equipo de salud, expertos en bioética, profesionales de áreas no médicas, abogados con conocimientos en materia de salud y representantes del núcleo afectado.

Pueden pertenecer a la propia institución o no y deben tener capacitación previa en bioética, o bien recibirla durante los siguientes seis meses de su integración al Comité. No se debe incluir a personal administrativo, ni a los directores de las instituciones o a personas que ocupen puestos directivos en la institución para promover un ámbito de equidad.

El propósito de la integración multidisciplinaria del Comité es llevar a cabo la argumentación desde diversas perspectivas para favorecer la resolución de los dilemas éticos, por ejemplo:

- I. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento, esto debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético;

2. El experto en bioética conduce la reflexión y la ponderación de los valores y principios en conflicto, conforme a la metodología de análisis bioético;
3. El abogado define el marco legal vigente y los aspectos legales a contemplar bajo el cual se analizará el caso; y
4. Los representantes ciudadanos hacen consideraciones como usuarios de los servicios de salud.

El Comité se integrará por Presidente y Vocales (mínimo cuatro) y, en el cumplimiento de sus funciones, se auxiliará por un Secretario, nombrado de entre los vocales por su Presidente. Se debe procurar el equilibrio de género e incluir por lo menos a un integrante no adscrito al establecimiento.

Selección y requisitos de los integrantes

Pertenecer a un Comité Hospitalario de Bioética representa una distinción, por lo que se deberán observar los requisitos para designar cada cargo, así como los términos, condiciones, tareas y responsabilidades de cada uno.

El Comité deberá establecer en sus reglas de funcionamiento el proceso por el cual se elegirá a los integrantes.

Esta selección deberá considerar las siguientes características:

- Contar con antecedentes que demuestren honestidad y compromiso (referencias de sus pares, puestos de trabajo, comunidad y/o de la organización a la que pertenece).
- Documentar experiencia profesional.
- Tener alguna formación o capacitación en bioética clínica, preferentemente.

- Adquirir el compromiso de capacitarse continuamente en el conocimiento bioético, desde una perspectiva laica y científica.
- Poseer interés y estar dispuesto a desarrollar las capacidades de escucha respetuosa, argumentar de manera racional y razonable. Ser tolerante, reflexivo, prudente y honesto.
- Representar los intereses de la comunidad usuaria de los servicios de atención médica.
- Mantener el compromiso de permanecer durante el periodo establecido por el mismo Comité y realizar sus tareas.
- Admitir y transparentar conflictos de interés, en caso de existir.
- Comprometerse con el cuidado de los participantes en la atención médica.
- No deberá pertenecer al cuerpo directivo del hospital.

2.2. Responsabilidad

Las responsabilidades de los Comités Hospitalarios de Bioética son:

- a) Actuar en interés de los participantes en la prestación de servicios hospitalarios y de las comunidades involucradas, en consideración de los fundamentos y principios bioéticos desde una perspectiva laica y científica y en conformidad con las regulaciones nacionales y de los hospitales.
- b) Emitir alternativas de solución a los dilemas bioéticos que se pongan a su consideración, con base en análisis sistemáticos, propiciando la toma de decisiones razonadas y fundamentadas, contribuyendo así a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en la prestación de servicios de atención médica y docencia en el área de la salud.
- c) Desarrollar acciones que ayuden a los miembros del Comité y al personal de salud del hospital a incorporar información, conocimiento y conductas para la identificación y posible resolución de dilemas bioéticos y así promover la educación bioética permanente de éstos.
- d) Contribuir a la prevención de conflictos de interés que puedan surgir en la atención médica, a través de procedimientos orientadores; considerando el contexto social,

económico, cultural y la congruencia con el momento histórico y el marco jurídico vigente.

e) Conformar y proporcionar informes periódicos de las actividades realizadas, con apego a la normatividad, a las instancias que corresponda para ser utilizados en la prospectiva de sus acciones.

2.3. Enfermo

En cuanto a la protección del paciente en el estado mexicano, es importante que usted como prestador del servicio Público o privado, conozca el conjunto de normas jurídicas en materia de salud que se comenzó a construir en México con mayor solidez en la década de los ochentas, para la protección del paciente.

A partir de ese momento, la normatividad en este ámbito se ha expandido ampliamente.

En atención a lo anterior, a continuación, se enuncian los instrumentos normativos básicos en el estudio de los temas bioéticos que atañen a la práctica clínica, la atención médica y la docencia en salud, con el fin de sintetizar la labor del lector no experto en temas jurídicos.

No obstante, lo anterior, deberá tenerse en cuenta que cada caso analizado por un Comité, reviste una particularidad especial que requerirá un estudio legal específico.

- I. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: La Constitución establece los derechos humanos reconocidos para toda persona que se encuentra en el territorio nacional, así como las garantías a estos derechos. Aunado a ello, se deberá tener presente que la propia Carta Magna reconoce los derechos humanos que se encuentren contenidos en los tratados internacionales de los que México es parte. Constitucionalmente, el derecho a la protección de la salud se encuentra

- reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto. Este derecho es explicado y desarrollado por la Ley General de Salud, los reglamentos emanados de ella y las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: En su artículo 26, señala a la Secretaría de Salud como parte integrante de la administración centralizada, la cual tiene facultades de encabezar el Sector Salud. Por su parte, el artículo 39 establece las facultades de la Secretaría de Salud para planear, desarrollar, establecer, evaluar y vigilar que el derecho de protección a la salud se haga efectivo.
 3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: Este Reglamento desarrolla el contenido de la Ley General de Salud respecto a los requisitos de los prestadores del servicio de salud para brindar una atención médica de calidad, señalando los parámetros que deben cumplirse en el tratamiento de los pacientes.
 4. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998, del Expediente Clínico: Es el instrumento para la regulación de la elaboración del expediente clínico, orientado al desarrollo de una cultura de la calidad en los ámbitos médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Está dirigida 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, mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.
 5. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010: Establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas del Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
 6. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares: Esta ley tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los

particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas. En atención a lo anterior, las instituciones del sector privado que presten servicios de salud deben tener en cuenta lo previsto en este ordenamiento para que los datos personales a que tienen acceso, se encuentren protegidos adecuadamente. Además, deberán cumplir con lo establecido en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

7. Código de Bioética para el Personal de Salud: El Código de Bioética para el Personal de Salud fue emitido por la Comisión Nacional de Bioética en el año 2002. Representa una guía de conducta en el ejercicio profesional y tiene como finalidad resolver las diferencias que se presentan en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre el personal de salud y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, relacionados con la medicina y la salud.
8. Carta de los Derechos Generales de los Médicos: La Carta de los Derechos Generales de los Médicos fue elaborada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como un instrumento guía. Enumera los principios básicos en los que se debe sustentar la práctica médica.
9. Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes: Fue elaborada por la CONAMED en el año de 2001. Este decálogo destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, el respeto a su dignidad y autonomía, así como la necesidad de garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente.

Es un conjunto de normas que regulan la vida del paciente, es por ello que el prestador de servicios debe de conocerlas para su defensa y protección, tanto de su actividad laboral como personal.

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA 01, CON FECHA DEL 01 AL 07 DE JULIO DE 2024.

Ensayo: Elaborar un ensayo correspondiente a los temas abordados en la primera unidad y la unidad número dos, considerando únicamente los subtemas 2.1, 2.2 y 2.3 de dicha unidad, con apoyo de la antología o de información adicional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS 1997.
- 2.-Constitución política de los estados unidos mexicanos, 2024.
- 3.- Fernández-del Castillo C, Torres-Valadez F, Aguirre-Gas H. Código de ética. México: Academia Mexicana de Cirugía; 2002.
- 4.- Rivero Serrano Octavio, “Reflexiones sobre dilemas éticos en la práctica médica”, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2018
- 5.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México: CONAMED; 2001.

Linkografía

- <http://www.gob.mx/salud>
- Comisión Nacional de Bioética
- <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/>