

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

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

UNIDAD IV

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

4.1. Suicidio asistido

Los sufrimientos intensos producidos por condiciones médicas incurables o intratables, agravados a veces por intervenciones médicas largas y debilitantes, motivan a muchas personas a solicitar ayuda para morir. En la mayoría de los países, sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido —como alternativas a los cuidados paliativos, la muerte dolorosa o el “suicidio crudo”— aún son prácticas prohibidas y criminalizadas.

La imposición de penas sigue estando respaldada por creencias tradicionales sobre la santidad de la vida y la protección de personas vulnerables, en contraste con creencias basadas en la autonomía personal, la privacidad, la solidaridad y la prohibición de tratos inhumanos, que abogan por la despenalización.

Hasta junio de 2022 solo trece países han decidido, pese a las controversias, legalizar formas más o menos amplias de eutanasia y suicidio asistido, en una tendencia que se ha consolidado en años recientes. (Sarah Mroz, 2021)

Es importante destacar que existe una diferencia entre el suicidio asistido y la otra figura a mencionar, variante de la eutanasia: en la eutanasia el médico participa activamente e inyecta por vía intravenosa los fármacos apropiados para que el ser humano enfermo fallezca. Quien muere no se percata del hecho, no sufre, sufren familiares y amigos. En el suicidio asistido el galeno provee al interesado los medicamentos orales para ser ingeridos cuando, donde quiera y acompañado por quienes lo deseen en el momento elegido. El proceso suele tardar más que en la eutanasia, pero la sedación obnubila los sentidos y el enfermo no sufre.

En México, la eutanasia y el suicidio asistido están prohibidos.

En la actualidad existe una ley denominada ley de voluntad anticipada (aplicada por algunos congresos locales), que se encuentra regulada en algunas entidades federativas.

La medicina moderna ha incrementado la esperanza de vida para todos. Sin embargo, los procedimientos médicos someten al enfermo terminal al uso de aparatos médicos que lo mantienen vivo de manera artificial, prolongando su agonía y sufrimiento; en atención a ello, se creó la Ley de Voluntad Anticipada que permite a enfermos terminales decidir si continuar o no con tratamientos que prolonguen su vida.

La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008.

La voluntad anticipada puede ser entendida como “la decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona” (Art. I de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

Es importante entender que la voluntad anticipada no prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte y favorece la atención y los cuidados paliativos al final de la vida, es decir, ofrecer acompañamiento al paciente sin intervención médica durante esta última etapa.

La Ciudad de México fue la primera entidad de la nación en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008. Esta iniciativa ha sido aprobada en 14 estados de la República, en los cuales, más de 10 mil personas han firmado el documento desde la fecha en que se estableció.

Las entidades que cuentan con esta regulación son: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala. En el resto del país no es legal.

En la Ciudad de México las mujeres, los solteros y las personas mayores son los más interesados en tener una muerte digna si padecen alguna enfermedad terminal. El 60% de las solicitudes de voluntad anticipada son firmadas por personas que tienen de 61 a 80 años, y el 64% de las personas que otorgan su voluntad anticipada son mujeres.

Es importante aclarar que voluntad anticipada no es lo mismo que eutanasia. La voluntad anticipada regula la ortotanasia; es decir, la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

La legislación no permite la eutanasia o acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente.

No es necesario estar enfermo o sufrir un accidente para firmar la voluntad anticipada. De manera preventiva, cualquier persona mayor de edad puede hacerlo, acreditando su identidad, eligiendo a sus representantes y expresando su voluntad. Al elaborar el documento, la persona tiene la oportunidad de manifestar si desea o no donar sus órganos después del deceso; el 50% de las personas ha manifestado su voluntad a favor de la donación.

Para poder ejercer la voluntad anticipada existen dos modalidades, a) el documento, el cual se tramita ante notario público, y b) el formato que se otorga en instituciones de salud públicas, privadas y sociales.

El documento de voluntad anticipada es un “instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica” (Art. 3, Fracción III de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

Para tramitar el documento se necesita cumplir con los siguientes requisitos:

I.- Ser mayor de edad.

- 2.- Estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- 3.- Acudir ante un notario público.
- 4.- Elegir un representante y un representante sustituto.
- 5.- Firmar ante dos testigos.
- 6.- Presentar identificación oficial vigente de solicitante, representantes y testigos.
- 7.- Cubrir el costo

Por su parte el formato es un “documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la Secretaría de Salud, suscrito por el enfermo terminal, ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifiesta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo y el inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona” (Art. 3, Fracción V de la Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal).

Para tramitar el formato se necesita cumplir con lo siguiente:

Llenar Formato de Voluntad Anticipada solamente ante personal de salud.

Firmar ante dos testigos.

Nombrar un representante según corresponda.

Identificación oficial vigente de solicitante, representantes y testigos.

Se valida con una nota clínica.

Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el documento o formato de voluntad anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento.

4.2. Casos terminales

El sufrimiento impacta no sólo el bienestar individual, también familiar y social, por ello, la necesidad de retomar la bioética. Reconocer la importancia y necesidad de brindar cuidados paliativos es una labor de todas las personas involucradas.

Con el avance de la medicina, muchas enfermedades han sido tratadas, no obstante, algunas enfermedades no transmisibles y transmisibles que afectan a las poblaciones pueden llegar a etapas avanzadas, donde el daño es irreversible e incurable, debido a una combinación de factores biopsicosociales, generando dolor y sufrimiento para quienes las padecen.

Las enfermedades progresivas e incurables que pueden llevar a fases terminales, y por ende, a un alto riesgo de mortalidad son:

- 1.- Insuficiencia renal
- 2.- Enfermedad hepática
- 3.- Enfermedad pulmonar
- 4.- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- 5.- Demencia
- 6.- Cáncer de pulmón o colorrectal
- 7.- Esclerosis lateral amiotrofica

En una fase avanzada de las enfermedades antes mencionadas, se pueden presentar diferentes síntomas y signos difíciles de tratar.

Los síntomas afectan no sólo físicamente, sino también psicológica, espiritual y emocionalmente, incluso se pueden manifestar trastornos de ansiedad y depresión.

El sufrimiento impacta no sólo el bienestar individual, sino también familiar y social, por ello, la necesidad de retomar la bioética, la cual hace hincapié en aliviar el sufrimiento de las personas que se encuentren en circunstancias dolorosas, considerando en todo momento sus necesidades y preferencias, pero sobre todo su dignidad, mediante los siguientes principios:

Autonomía: Reconocer que la persona tiene el derecho de expresar y decidir, si las condiciones se lo permiten, con respecto a su tratamiento y a su voluntad ante la muerte.

Beneficencia: Considerar que todos los tratamientos brindados a la persona deben ser únicamente para su bienestar.

No maleficencia: No hacer daño.

Justicia: Considerar que todas las personas tienen derecho a un trato digno y respetuoso, independientemente de las circunstancias en las que se encuentren.

El acceso a cuidados paliativos garantiza el derecho humano a la protección de la salud.

(Pregunta para usted como profesional del área de las ciencias de la salud. ¿Realmente se cumple con los principios básicos de la bioética en los pacientes con sufrimiento terminal?)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) definen a los cuidados paliativos: “como un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Características de los cuidados paliativos

- 1- Mejoran la calidad de vida de las personas enfermas, sus familiares y de las personas que les cuidan.
- 2- Reducen el número de hospitalizaciones innecesarias.
- 3- Alivian el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual.
- 4- Intervienen diferentes profesionales de salud, familia, amigos y voluntarios.
- 5- Favorecen la atención de personas con enfermedades terminales.
- 6- Se brindan en casa, en centros de salud, hospitales y centros para enfermos terminales.

La familia es un soporte fundamental en el curso de vida de las personas, tanto en situaciones satisfactorias, como en situaciones de crisis, enfermedades, pérdidas, entre otras. En la etapa final de la vida, la familia es quien da el mayor soporte y tranquilidad a la persona enferma, no solamente respecto al soporte emocional, sino en las actividades relacionadas con el cuidado.

4.3. Vivo-vivo

Un trasplante de donante vivo es un procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o una parte de él de una persona viva y colocarlo en otra persona cuyo órgano ya no funciona correctamente.

La popularidad de la donación de órganos de donantes vivos ha aumentado drásticamente en los últimos años como alternativa a la donación de órganos de pacientes fallecidos, debido a la creciente necesidad de órganos para trasplante y a la escasez de órganos disponibles de donantes fallecidos.

La donación de un riñón en vida es el tipo más común de trasplante de donante vivo. Las personas pueden donar uno de sus dos riñones. El riñón restante es capaz de llevar a cabo las funciones necesarias.

Los donantes vivos también pueden donar una parte del hígado. La parte restante se regenera, vuelve a crecer prácticamente hasta alcanzar su tamaño original y desempeña sus funciones habituales.

Los trasplantes de riñón e hígado son los tipos más comunes de procedimientos con órganos de donantes vivos. Sin embargo, los donantes vivos también pueden donar tejido para trasplantar, como piel, médula ósea y células productoras de sangre.

Existen dos tipos de donación de órganos en vida.

1.- Donación dirigida

Este es el tipo más común de donación de órganos de donantes vivos. En este tipo de donación, el donante dirige el órgano a un receptor específico para su trasplante.

El donante puede ser:

- 1.- Un familiar de primer grado, como padre o madre, hermano, hermana o hijo adulto
- 2.- Otros parientes consanguíneos, como tíos, tías o primos
- 3.- Una persona biológicamente no relacionada que tenga una conexión con el candidato para el trasplante, como un cónyuge o pareja, un amigo o un compañero de trabajo
- 4.- Una persona que haya escuchado acerca de la necesidad del candidato de recibir un trasplante

Donación no dirigida

En la donación de órganos en vida no dirigida, también conocida como donación de buen samaritano o altruista, el donante no nombra al receptor del órgano donado. La compatibilidad se basa en la necesidad médica y el tipo de sangre.

En algunos casos, el donante puede optar por no conocer al receptor del órgano. En otros casos, el donante y el receptor pueden reunirse si ambos están de acuerdo y si la política del centro de trasplantes lo permite.

Esto establece la ley general de salud, respecto a lo anteriormente señalado:

Artículo 322.- La donación expresa podrá constar por escrito y ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

Los disponentes secundarios, podrán otorgar el consentimiento a que se refieren los párrafos anteriores, cuando el donante no pueda manifestar su voluntad al respecto.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo. En el caso de sangre, componentes sanguíneos y células troncales se estará a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 323.- Se requerirá que el consentimiento expreso conste por escrito:

I. Para la donación de órganos y tejidos en vida, y

II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células troncales en vida

4.4. Muerto- vivo

Cuando una persona fallece por paro cardio-respiratorio o muerte encefálica y se cuenta con el consentimiento de su familia para la donación, se trata de una donación cadavérica.

El probable donador es evaluado por el coordinador de donación para determinar si el fallecido es candidato o no para la donación de órganos. Si es adecuado se procede al siguiente paso.

Si el personal del hospital requiere apoyo para la distribución de los órganos y tejidos obtenidos, solicita apoyo al Centro Nacional de Trasplantes Cenatra para que proporcione los datos de hospitales que realicen trasplante para que el Comité Interno de Coordinación para la donación en uso de sus atribuciones legales decida a cuáles serán enviados los órganos o tejidos.

Para los efectos legales, la ley general de salud, establece lo siguiente:

Artículo 334.- Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

- I. Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la extracción de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este título;
- II. Existir consentimiento expreso del disponente, que conste por escrito o no constar la revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos;
- II Bis. Proporcionar información completa, amplia, veraz y oportuna al o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante de la persona fallecida, conforme a la prelación señalada, de los procedimientos que se llevarán a cabo, y
- III. Asegurarse que no exista riesgo sanitario.

Artículo 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los

ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.

4.5. Heterogéneo

La heterogeneidad no es algo que deba temerse, solo significa que hay variabilidad en tus datos. Por lo que, si se reúnen diferentes estudios para analizarlos o hacer meta-análisis, está claro que se encontrarán diferencias. Lo opuesto a la heterogeneidad es la homogeneidad, que significa que todos los estudios muestran el mismo efecto.

Es importante señalar que existen diferentes tipos de heterogeneidad:

Clínica: diferencia en los participantes, las intervenciones o los resultados.

Metodológica: diferencias en los diseños de estudio, riesgo de sesgo.

Estadística: variación en los efectos o resultados de la intervención.

La heterogeneidad en la que se enmarca el sector salud, la diversidad de niveles de calificación de sus trabajadores y de especialidades en el caso de los profesionales, así como la multiplicidad de regímenes de contratación, dificultan la gestión de los recursos humanos y fundamentalmente de las políticas públicas. La situación se complejiza más cuando se analiza la dimensión de género en el empleo sectorial, dado que al mismo tiempo que se trata de una actividad altamente feminizada, las desigualdades de género son diversas y profundas, tanto respecto de otros sectores como al interior del mismo.

4.6. Células madres

Las células madre adultas son células indiferenciadas con la capacidad de reemplazar células y regenerar tejido dañado. Estas células especiales se enfocan en áreas lesionadas, enfermas donde son capaces de regenerar a las células y así acelerar el proceso de recuperación natural de una persona.

Al entender mejor su función médica y aplicando este conocimiento, podemos comprender su enorme potencial terapéutico para ayudar a que el cuerpo sane por sí mismo.

Las células madre adultas se han utilizado para reparar y regenerar tejidos dañados, ya sea en algunos casos crónicos o agudos, para tratar una variedad de condiciones médicas en humanos y animales.

La terapia con células madre regenera células y órganos específicos que han sido afectados por una enfermedad. De acuerdo con varias investigaciones, las células madre tienen la habilidad de diferenciarse en otro tipo de células (células cardíacas, de hueso/cartílago, de hígado, nerviosas, etc.). Además, las células madre tienen la habilidad de detectar químicamente tejido dañado, “albergar” y repararlo directamente. Este tipo de tratamiento ayuda a incrementar la funcionalidad del tejido, lo que resulta en una mejoría considerable en la condición médica de una persona.

Se obtienen las células madre adultas de fuentes como la médula ósea, sangre del cordón umbilical, sangre periférica, entre otras. Debido a sus propiedades, cada una tiene ventajas y desventajas específicas.

Existen diversas técnicas para obtener las células madre; algunas pueden extraerse directamente del lugar en el que se encuentran para posteriormente aplicarse por vía intravenosa o se cultivan y conservan en condiciones especiales.

Las fuentes más comunes son:

Células autólogas de médula ósea, el gold standard de tratamiento celular.

Las células de la sangre se producen en la médula ósea. Inician como células madre (jóvenes o inmaduras) y posteriormente se convierten en glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, los cuales circulan en la sangre. Estas células se llaman hematopoyéticas, y si bien comienzan de la misma forma, cuando maduran pueden convertirse en cualquier tipo de célula sanguínea dependiendo de las necesidades del cuerpo cuando se están desarrollando.

En la actualidad no existe una ley o un título en la ley general de salud, regulando al tema científico denominado “células madres”, existe una propuesta la reforma en la ley general de salud, que establece lo siguiente:

Con el propósito de fortalecer el marco jurídico en materia de medicina regenerativa y especialidades afines que se orientan a la disposición de células madre, los diputados Héctor Ireneo Mares Cossío y José Guadalupe Ambrocio Gachuz, ambos de Morena, presentaron una iniciativa de reformas y adiciones a diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

El documento, turnado a la Comisión de Salud, precisa que es necesario crear políticas públicas para armonizar, modernizar y perfeccionar dicho ordenamiento sobre el reconocimiento de la medicina regenerativa y la terapia a partir del uso de células progenitoras mesenquimales no hemáticas, provenientes de tejido adiposo, placentario, de cordón umbilical, endometrial y pulpa dental.

En este momento México, la Ley General de Salud es la autoridad en la materia, así en su artículo 98 incorpora la creación de una Comisión de Bioseguridad para la “revisión de investigaciones dedicadas a las técnicas de la ingeniería genética o el uso de radiaciones ionizantes”, además de las ya existentes de ética y de investigación para cuando se realicen investigaciones en seres humanos.

4.7. Clonación órganos

Es importante hablar de Clonación porque es un proceso biotecnológico complicado y apasionante con usos potenciales positivos y negativos (sociales, políticos, económicos, legales, éticos y religiosos).

Aunque con muchos detalles que afinar, ya está aquí, y con ello, el riesgo de su mal uso; por tanto, es necesario reconocer, entender, atender y poner al día los aspectos éticos y legales que plantea.

Es necesario preguntarnos: ¿Quién la necesita? ¿Quién puede pagarla? ¿En qué casos puede ser necesaria? Debemos encontrar soluciones porque el debate en torno a ella entre las “buenas” y las “malas” conciencias no significa otra cosa que la realidad de ser una de las últimas barreras a nuestro “dominio” sobre lo vivo para bien o para mal.

La palabra clon proviene del griego klon y significa: brote, vástago o retoño. Biológicamente hablando se define como: “Conjunto de células o población de individuos originados de una sola célula o individuo al que son genéticamente idénticos”.

La clonación es el procedimiento científico que consiste en tomar el material genético de un organismo para obtener otro idéntico, denominado clon, no hay una unión de óvulos con espermatozoides.

La clonación llamada terapéutica consiste en tomar el material genético de una célula de un paciente para después fusionarlo con un óvulo, el embrión resultante se llama "sintético". A este embrión se le extraerían las células madre, que serían controladas para desarrollarse como células de una naturaleza específica (musculares, neurológicas, etc.). Estas células "perfectas" se implantarían en el paciente para curar supuestamente la imperfección orgánica o enfermedad.

Hasta el momento no se han obtenido resultados favorables, pero se piensa que podrían ayudar en la diabetes, el mal de Parkinson, el Alzheimer, la fibrosis quística, la esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer, leucemia, artritis reumatoide y otras enfermedades cardiovasculares. No obstante, la clonación terapéutica no es el único camino médico por el que podrían obtenerse estos resultados, ya que las células "madre" o neutrales, que pueden ser convertidas en otras células específicas, pueden obtenerse de individuos adultos y no sólo de embriones.

Ahora después analizaremos lo que establece nuestro país, en el marco jurídico:

Ni la Ley General de Salud ni las disposiciones reglamentarias hacen mención al proceso de la clonación en ninguna de sus facetas.

- Ley General de Salud

Los siguientes artículos contienen elementos que se ven involucrados en la clonación o en el manejo de las células madres, pero no hacen referencia a la clonación.

Artículo 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética.

El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

Artículo 314.- Para efectos de este título se entiende por:

I. Células germinales, a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión; Centro de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Política Exterior

III. Componentes, a los órganos, los tejidos, las células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos;

IV. Componentes sanguíneos, a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman;

VII. Donador o donante, al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes;

VIII. Embrión, al producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional;

IX. Feto, al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;

X. Órgano, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos;

XI. Producto, a todo tejido o sustancia extraída, excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel;

XII. Receptor, a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos;

XIII. Tejido, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función, y

XIV. Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.”

4.8. Cuidados terminales del enfermo

El estudio de los derechos de los enfermos puede realizarse desde varias perspectivas: filosófica, sociológica, política, ética etc.

Cuando hablamos de “Derechos de los Enfermos”, no nos estamos refiriendo a declaraciones programáticas, conductas éticas, ni a modos o usos dentro del marco de la actividad sanitaria, sino a derechos que se pueden exigir ya que se encuentran reconocidos en el Ordenamiento Jurídico.

Los derechos de los enfermos, se han desarrollado a partir de cuatro orígenes claramente diferenciados.

Por orden cronológico han sido:

1. La Jurisprudencia relativa a la praxis médica, sobre todo quirúrgica.
2. La Experimentación Médica.
3. Los grupos de interés-presión (consumidores, enfermos y, sanitarios).
4. La formulación legal

Los Cuidados Paliativos como servicio a los pacientes en fase terminal disponen de diversas bases legales para su ejercicio y desarrollo. La enfermedad genera un doble efecto: la necesidad de atención sanitaria ante el hecho de enfermar y el sostenimiento del afectado a través de prestaciones económicas y sociales.

El enfermo terminal debe participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar. Pese a sus limitaciones mantiene una capacidad de autogobierno, por lo que hay que respetar sus deseos y hacerle participar en las decisiones que afecten a sus cuidados. Este derecho tiene dos vertientes:

VERTIENTE POSITIVA

- Derecho al consentimiento, del paciente o de su representante o tutor legal.
- Derecho a la información
- Derecho a la expresión anticipada de sus deseos con respecto a las intervenciones médicas.

VERTIENTE NEGATIVA

Derecho del paciente a rechazar un tratamiento, cuando la terapéutica o intervención pueda reducir su calidad de vida a un grado incompatible con su dignidad.

La ley general de salud, establece lo siguiente:

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;
- II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;
- III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;
- IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Artículo adicionado DOF 05-01-2009

Artículo 166 Bis I. Para los efectos de este Título, se entenderá por:

I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

III. Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I. Recibir atención médica integral;

II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;

III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;

- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

4.9. Con dignidad

La dignidad humana (igualdad, no discriminación, libertad, individualidad) todas estas facetas de la dignidad reconocen como premisa ética: a la dignidad humana. Se puede afirmar que cada ser humano sin distinción alguna posee intrínsecamente el mismo valor y se encuentra en condiciones de igualdad en cuanto a su dignidad y derechos.

Se identifica dos principios del pensamiento kantiano relacionados con el concepto de dignidad humana: las personas no pueden ser utilizadas como medio, son fines por sí mismas, por lo tanto, se tiene la obligación positiva de tratar a las personas como fines (se puede tratar a las personas como medios siempre y cuando se traten también como fines); las personas tienen dignidad y no tienen precio. Por esto “la dignidad de la persona es la medida que debe guiar las intervenciones biológicas, genéticas y médicas sobre el hombre desde su concepción hasta su último suspiro”.

Para Gómez Córdoba: “la dignidad humana se encuentra relacionada con otros principios que deben orientar las investigaciones, estos son el respeto a la vida, a la libertad (que reconoce que el hombre es más que su condición genética, visión que supera el determinismo genético, evidenciando la naturaleza evolutiva del genoma a través de la mutación y su posibilidad de expresión individual dependiendo del entorno natural y social, su estado de salud, condiciones de vida, alimentación o educación), a la intimidad, a la identidad (derecho a la unicidad y reconocimiento de la identidad jurídica), a la integridad (preservación de la unicidad y esencia genética, frecuentemente se asocia con el concepto de seguridad); a la no discriminación o estigmatización (de personas, familias, grupos o comunidades) en razón de la condición genética, la igualdad, la equidad y la justicia y a la diversidad (entendida en el contexto de interacción hombre-medio ambiente), los cuales serán objeto de análisis particular. El respeto a la dignidad humana implica balancear la libertad científica con la autonomía y bienestar de las personas que participan en procesos de investigación”.

De acuerdo con Francisco Javier León, las expresiones:

- 1.- "Dignidad humana"
- 2.- "Dignidad personal"
- 3.- "Derechos humanos"

Están siendo empleadas en exceso, sin una debida e intensa valoración del ser humano.

No es infrecuente que en la práctica médica se niegue la igualdad de derechos, lo cual equivale a negar la igualdad de "ser" o de "naturaleza" a los seres humanos no nacidos, o nacidos con alguna deficiencia notable, o a los enfermos que suponen una carga para la familia o la sociedad, a los deficientes mentales, etc. No es extraño que, en el campo de la investigación científica y médica, con ocasión de los más recientes adelantos en la investigación, como la manipulación genética o la fecundación "in vitro", por ejemplo, puede tender a considerar al ser humano, al paciente, como una "cosa", como un "objeto", como un medio o instrumento para el beneficio de la propia investigación científica, del progreso general de la humanidad o de la medicina, etc.

Las distintas concepciones antropológicas, que están en la base de los diferentes modos de fundamentar la Bioética, deben proporcionar una protección adecuada de ese valor primordial de la dignidad humana. En especial para los médicos "la dignidad humana" debería ser la pieza clave para poder también examinar los diferentes sistemas filosóficos y valorar sus resultados.

DESPEDIDA

Con el anterior capítulo estamos dando por culminado nuestro recorrido por el aprendizaje virtual, con base a nuestra materia, a través de modalidades o metodologías vigentes en estas formas de educación, que combinadas con la didáctica y sus herramientas nos permiten desarrollar de forma significativa los contenidos para que nuestros nuevos maestros y especialistas, que cada uno de ustedes puedan adquirir nuevos conocimientos y aplicarlos en nuestro contexto tanto en el área de salud, como en la normativa jurídica.

Como les he mencionado durante estas semanas todos estamos aprendiendo unos más rápido otros quizás más lento, pero lo importante es no quedarnos estáticos, sin movernos, pues eso sería como darnos por vencidos, pero sé que si están dando lectura a esto es porque están dispuestos al cambio, porque buscan que ser distintos de los demás, sea el aprendizaje en la modalidad que sea, y están abriendo nuevas posibilidades de enseñanza en la práctica profesional.

Sé que nos encontramos en tiempos muy difíciles y complejos, pero cada uno demostró que cuando el amor, la pasión y el interés se encuentran, ello no importa, reconozco a cada uno y los invito a no claudicar en cada uno de sus sueños, sé que la construcción es a veces un poco difícil, pero con trabajo se logra.

Felicidades por su esfuerzo y por continuar en esta nueva etapa.

Respetuosamente

Gladis Adilene Hernández López

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

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA 03, CON FECHA DEL 15 AL 20 DE JULIO DE 2024.

Súper nota: Elaborar una súper nota correspondiente a los temas abordados en la unidad IV de la antología, con apoyo de la misma o de información adicional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bellver Capella, Vicente, ¿Clonar? Ética y derecho ante la clonación humana, Granada, Comares, 2002.
- 2.- Benítez Ortúzar, Ignacio Francisco (coord.), Genética humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos, Madrid, Universidad Internacional de Andalucía, Akal, 2002.
- 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.- Thomson JA; Odorico JS. (2000). Human embryonic stem cell and embryonic germ cell lines. Trends in Biotechnology.

Linkografía

- <http://www.gob.mx/salud>
- <https://www.gob.mx/epn/es/articulos/todo-lo-que-debes-de-saber-sobre-la-donacion-de-organos>
- <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>