

UDS

ANTOLOGÍA

BIOÉTICA Y NORMATIVIDAD

MEDICINA HUMANA

TERCER SEMESTRE

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 las 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

Formar a médicos con capacidades resolutivas de índole humana, ambiental, social y ética, con base en criterios de calidad y excelencia establecidos tanto en su proceso de enseñanza como en sus programas académicos, con amplio espíritu de servicio y con necesidad de actualización continua de sus conocimientos.

VISIÓN

Ser una de las mejores instituciones de educación en salud en la región y en cada uno de los lugares donde se posea, reconocida por sus procesos de calidad y gestión contribuyendo en la asistencia, docencia e investigación a favor de la sociedad.

VALORES

- Ética
- Humanismo

- Justicia
- Autonomía
- Profesionalismo

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.

BIOÉTICA Y NORMATIVIDAD

Objetivo de la materia:

Establecer el marco jurídico-normativo de la profesión y aspectos legales en el ámbito de la medicina, en el campo de aplicación del método científico.

Contenido temático:

- I. Bioética general; conceptualización de la bioética y terminología filosófica, naturaleza del hombre, ideas o cosmovisiones del hombre, ciencias de los valores; clasificación e importancia, introducción a la bioética, ciencia + ética = bioética, origen y desarrollo conceptual de la bioética.
- II. Axiología, deontología y derecho; conceptos y clasificación, consideraciones acerca de los valores, evolución histórica, bioética, tendencias y corrientes, modelos de la bioética. Bioética y normatividad médica; aspectos generales de la relación médico-paciente, relación con otros profesionistas, responsabilidad profesional, marco jurídico y normatividad legal en la odontología, constitución política de los estados unidos mexicanos, las garantías individuales, código civil y penal del estado de Jalisco, ley general de salud en nuestro país, ley de profesiones del estado de Jalisco.
- III. Códigos de bioética; secreto profesional y honorarios médicos, comités hospitalarios de bioética, comisión de arbitraje médica para el estado de Jalisco.
- IV. Bioética especial; trabajo de investigación y actualización en equipos y de aplicación práctica en el entorno social, conforme al ámbito profesional correspondiente, proyecto genoma humano, sexualidad y procreación, discapacidades, adicciones, prótesis dentales, ecología.

Índice paginado

Índice

Unidad I 10

 1.Bioética general..... 10

 1.2 Naturaleza del hombre..... 14

 Actividad áulica I 16

 Video complementario 16

 1.3 Ideas o cosmovisiones del hombre 17

 1.5. Introducción a la bioética..... 21

 1.5.1 Origen y desarrollo conceptual de la bioética 21

 Videos complementarios 27

 1.6. Ciencias de los valores: clasificación e importancia 28

Unidad II..... 33

 2.Deontología y derecho 33

 2.1 Deontología..... 33

 Códigos deontológicos..... 34

 CAPITULO I. I.- DEFINICIÓN Y AMBITO DE APLICACIÓN..... 34

 CAPITULO II.- PRINCIPIOS GENERALES 34

 CAPITULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES..... 35

 CAPITULO IV.- SECRETO PROFESIONAL DEL MEDICO..... 38

 CAPITULO V.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA..... 39

 CAPITULO VI DE LA REPRODUCCION HUMANA..... 41

 CAPITULO VII.- DE LA MUERTE 42

 CAPITULO VIII.- DEL TRASPLANTE DE ORGANOS 43

 CAPITULO IX EXPERIMENTACIÓN MEDICA SOBRE LA PERSONA..... 43

 CAPITULO X.- DE LA TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA 44

CAPITULO XI.- RELACIONES DE LOS MEDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS.....45

CAPITULO XII RELACIONES CON LA CORPORACION MEDICA COLEGIAL..... 46

CAPITULO XIII EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.....47

CAPITULO XIV DE LA PUBLICIDAD48

CAPITULO XV DE LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES48

CAPITULO XVI DE LOS HONORARIOS49

CAPITULO XVII MEDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS.....49

DISPOSICIÓN FINAL50

2.2 Bioética: tendencias, corrientes filosóficas y modelos.....50

2.3 Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos54

Las garantías individuales.....58

2.4 Ley general de salud en nuestro país62

2.5 Ley de profesiones del estado de Chiapas81

Actividad áulica 4.....86

Fuentes bibliográficas segunda unidad87

Unidad III.....88

3.Códigos de bioética88

3.1 Secreto profesional.....88

3.2 Honorarios médicos92

Video complementario95

Comités hospitalarios de bioética y comisión de arbitraje medica para el estado de Chiapas95

Comisión de arbitraje médica para el estado de Chiapas 100

Videos complementarios 100

Practica 5..... 101

Fuentes bibliográficas de tercera unidad..... 102

Unidad IV	103
4.Bioética especial.....	103
4.1 Investigación en seres humanos	103
4.2 Proyecto genoma humano.....	109
4.3 Sexualidad, procreación y bioética	112
Discapacidades y bioética	114
4.5 Adicciones y bioética	116
Videos complementarios	118
Fuentes bibliográficas de cuarta unidad.....	119

Unidad I

I. Bioética general

I.1 Conceptualización de la bioética y terminología filosófica

El término de “bioética” implica dos conceptos: la vida (bios) y la moral (ethos), puede definirse como “aquella parte de la filosofía moral que considera la naturaleza, fines y circunstancias, y, por tanto, la licitud o ilicitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, particularmente aquellas conexas con el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”. Prácticamente todas las definiciones afirman que el objeto de la bioética es el estudio de la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida.

La bioética es una disciplina joven, aunque, siguiendo a Simón Lorda, “la historia de la ética médica es tan antigua como la historia de la medicina” . Se destacan a continuación algunos hitos:

- El juramento hipocrático (siglo IV a C.) es “el documento fundamental de la ética médica occidental”. Es un camino a la excelencia profesional. En él se incluyen los siguientes aspectos:
 - Rechazo de la eutanasia: “Nunca procuraré a nadie veneno mortal”.
 - Rechazo del aborto: “Jamás procuraré a mujer alguna pesario abortivo”.
 - Igualdad de trato y no discriminación: “A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción”.
 - Secreto profesional: “Lo que, en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender lo callaré teniéndolo por secreto”.
 - Ya aparece lo que posteriormente se ha llamado el principio de no maleficencia: “Del daño y la injusticia le preservaré”.

La palabra bioética se le atribuyo a Van R. Potter por primera vez a finales de 1970 en un artículo titulado “Bioethics, the science of survival”. Al año siguiente, era el título de un libro, Bioethics: bridge to the future. Potter entendía la bioética como global bioethics, a saber, una ética de la vida entendida en sentido amplio, que comprendiera no solo los actos del hombre sobre la vida humana, sino también sobre la vida animal y el medio ambiente.

A lo largo de estos años se han elaborado numerosas definiciones. En la introducción general a la Encyclopedia of Bioethics, Warren T. Reich define la bioética de la siguiente manera: El estudio sistemático de las dimensiones morales (incluyendo la visión moral), las decisiones, las conductas y las políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario.

Desglosando esta definición, podemos destacar los puntos fundamentales que orientan la disciplina:

- a) “Ciencias de la vida y la salud” marca la intención de escapar a un sentido estrecho de la atención sanitaria en términos biológicos para favorecer una comprensión biopsicosocial y espiritual de la persona. La bioética aborda los problemas atendiendo a la totalidad de la persona y a la totalidad de las personas.
- b) La “índole interdisciplinaria” de la bioética se impone a partir de la complejidad de sus problemas, ya que ningún especialista posee toda la formación y la información necesarias para comprender todos sus ángulos. Requiere la participación de los científicos expertos en las ciencias básicas, los clínicos, los juristas, los científicos sociales y los estudiosos de las ciencias.
- c) La “variedad de metodologías éticas” es característica de la bioética, ya que no se identifica con una teoría ética única. En la bioética conviven, y discuten entre sí, una multiplicidad de teorías y paradigmas teóricos y una pluralidad de metodologías de análisis.

Posteriormente, el término bioética fue utilizado por el médico André Hellegers en el Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics, centro dependiente de la Universidad de Georgetown, y que más tarde pasaría a llamarse Kennedy Institute of Ethics. La preocupación por los problemas relacionados con el origen de la vida estaba ahora en la base de este término.

Por otro lado, gracias a publicaciones del profesor Hans Martin Sass (Alemania, 1935), catedrático en las universidades de Bochum y de Washington (Georgetown), se sabe que el vocablo bioética no es una creación de Van Rensselaer Potter (1911-2001), sino un

invento del teólogo protestante Fritz Jahr (1895-1953), quien dio tal título a un artículo publicado en la revista *Kosmos Handweiser für Naturfreunde* en 1927.

Jahr fundó su pensamiento, gracias al quinto mandamiento bíblico, (la prohibición de matar) en sus implicaciones sobre el bienestar de animales y plantea, al examinarlo sobre todo desde un punto de vista teológico, lo que puede considerarse el trato humano de los seres vivos. En su artículo de 1934, Jahr afirma que el imperativo bioético es evidente en sí mismo en relación con los animales, en el sentido de que apela a la conciencia de no torturar ni infligir daño a los animales (se refiere principalmente a mamíferos) y que las plantas deberían ser tratadas de la misma manera.

El término bioética se instaló en el léxico estadounidense en los años setenta gracias a Potter y a André Hellegers (1926-1979) y R. Sargent Shriver (1911-2011), y recibió de Daniel Callahan (1930-2019) una suerte de estatuto disciplinario en 1973. Potter usó el término con una consideración amplia al concepto de solidaridad con la biosfera. Más tarde, insistió en su propuesta de una “ética global”, la ciencia de la supervivencia del ser humano y de otras especies animal.

Durante las últimas décadas del siglo XX, el término se empleó en una variedad de contextos. Se pueden identificar dos corrientes principales: la aplicación del razonamiento ético a la medicina y las ciencias de la salud, y una posición ética general al análisis de ciencia y tecnología. La bioética, precisamente, tratará de dar una respuesta a todas estas inquietudes. La constatación de una “preocupación” bioética es un signo saludable, pues no significa otra cosa que la “preocupación” por dar una respuesta moral a situaciones fundamentales del hombre.

Hoy en día, la bioética es un término genérico que cubre intentos diferentes de humanizar la empresa científica, la práctica de las profesiones de salud y el respeto por los derechos humanos en economía, política y la investigación social. Si se consideran estos campos diferentes, la bioética es clínica, orientada a la investigación, regulatoria, cultural y de sentido común. Su práctica recibe influencia de la religión, las cuestiones de género y consideraciones políticas.

Es importante mencionar, que en la bioética van integrados una serie de conceptos, como lo son la ética y moral. La moral dice qué se debe hacer, la ética pregunta por qué se debe

hacer. La reflexión ética intenta fundamentar las normas, las costumbres, los valores a que hemos hecho referencia. La ética es la aplicación de la razón a ese conjunto de creencias, hábitos y códigos de normas que cada cultura posee como una de sus características constitutivas.

MORAL	ÉTICA
Qué	Por qué
De hecho	De derecho
<i>De facto</i>	<i>De jure</i>
Lo que es	Lo que debe ser
Enunciados descriptivos	Enunciados prescriptivos

Fundamentación

Fuente: Lolas, Quezada, Rodríguez, 2006

La función de la ética en la práctica clínica es ayudar al profesional en el análisis de los valores que intervienen en una decisión clínica determinada. Entendemos por valores aquellas cosas que son importantes para el ser humano, que exigen respeto (religiosos, culturales, políticos, culinarios, estéticos, etc.) y que deben ser tenidos en cuenta por el profesional en su práctica.

La ética nos ayuda a fin de que la decisión que adopte sea óptima no solo desde el punto de vista de los hechos clínicos, sino también desde el de los valores implicados. Se trata de saber manejar la incertidumbre moral con la misma suficiencia con que el buen profesional sabe manejar la incertidumbre clínica para la toma de decisiones prudentes o razonables.

En cuanto al objeto de la bioética, hay que decir que, así como la ética versa sobre la moralidad de los actos humanos, la bioética se ocupará de un campo específico del obrar humano: la intervención del hombre sobre la vida humana (y más concretamente: aquellas intervenciones del hombre sobre la vida humana posibilitadas por los descubrimientos de las ciencias médicas y biológicas, que conducen a un dominio y manipulación de la misma vida humana, y del hombre como tal).

Finalmente, podemos distinguir en la bioética dos partes: una primera (bioética fundamental) que estudia los principios fundamentales que rigen el estudio y la investigación; la segunda (bioética aplicada) analiza los problemas relacionados directamente con el origen y el término de la vida humana, y los aspectos médico-sociales, es decir, aquellos en los cuales queda de algún modo implicada la comunidad social o política: la bioética sobre el comienzo de la vida humana, sobre el desarrollo de la vida (salud, experimentación, enfermedad), y sobre el término de la vida humana.

1.2 Naturaleza del hombre

Todo surge, de la naturaleza del hombre, la cual es importante comenzar definiendo. La palabra «naturaleza» se emplea en una pluralidad de sentidos que es preciso distinguir. A veces hablamos de la naturaleza como la totalidad de la realidad o al menos de la realidad física. La misma palabra «física» procede del vocablo griego *physis*, que significa naturaleza, y las leyes de la física se denominan también leyes de la naturaleza. Los primeros filósofos griegos, los presocráticos, exponían sus teorías físico-metafísicas acerca de la realidad entera bajo el título *Peri physeos* («Sobre la naturaleza»). Es este amplísimo sentido, la naturaleza lo abarca todo.

En el siglo IV Aristóteles contrapuso lo natural (como aquello que tiene en sí mismo el principio u origen de su cambio y movimiento) a lo artificial, que sólo cambia o se mueve por la acción de un agente externo que lo mueve o cambia. El carro, artificial, no se mueve a sí mismo, sino que es movido por el caballo, semoviente natural. La planta crece y se configura por sí misma, mientras que la escultura adquiere su forma del artista que la esculpe.

En un sentido más restringido, hablamos de la naturaleza de las cosas como algo que ya vienen establecido desde el inicio, con sus excepciones. Por ejemplo, los elementos químicos tienen una naturaleza esencial definida por el número de protones que hay en el núcleo de sus átomos; todos los átomos de carbono tienen 6 protones y todos los átomos con 6 protones son átomos de carbono, sin embargo, las bioespecies o especies de organismos no pueden delimitarse de esa manera; tienen una naturaleza meramente poblacional, no esencial.

Al hablar de la naturaleza del hombre, también estamos abarcando la diversidad, ya que conlleva a un mosaico de grupos discontinuos, los cuales son las especies. Richard Dawkins introdujo la metáfora de los organismos individuales como vehículos en los que los genes viajan a través del tiempo. Puesto que los individuos duran poco, los genes tienen que cambiar frecuentemente de vehículo, lo que hacen cada vez que el organismo portador se entrecruza con otro, recombinándose entonces los genes y pasando a los descendientes.

De vez en cuando se produce una mutación, un error de copia en el mecanismo usualmente perfecto de la duplicación del DNA. Si esa mutación se produce en la línea germinal, en las células que producen los gametos (espermatozoides u óvulos), entonces puede pasar a la descendencia. Cada especie es como un mercado genético libre dentro de sus propias fronteras, pero cerrado a las importaciones genéticas del exterior. Las especies se han adaptado como consecuencia de su participación en un acervo génico común.

Ahora bien, volviendo a la “naturaleza”, está determinada por su acervo génico, es decir, por la totalidad de los (alelas de los) genes existentes en la especie en ese instante y por sus frecuencias relativas). Cada una de nuestras células contiene la definición de nuestra naturaleza inscrita en los cromosomas de su núcleo.

La naturaleza humana no es una enteología metafísica. La naturaleza humana reside en el genoma humano, idéntico en todos nosotros en un porcentaje del 999 por mil. El uno por mil de diferencia genética es lo que nos distingue a unos de otros.

Cada especie, incluido *Homo sapiens*, tiene su naturaleza, determinada por su genoma. Otra cosa distinta es la naturaleza de un organismo individual concreto. La naturaleza del organismo individual está constituida por sus rasgos permanentes y está determinada por su propio genoma, que es una versión particular del genoma de su especie y que en general no cambia a lo largo de la vida del sujeto.

El organismo individual mismo, finalmente, es el fenotipo concreto, resultante tanto de su naturaleza específica y de su herencia particular, como de su desarrollo embrionario y de la historia completa de su vida y de sus interacciones con su entorno.

Por otro lado, pasando al aspecto filosófico, con frecuencia se ha señalado una dualidad en la naturaleza humana, por un lado, somos organismos, sometidos a las leyes de la naturaleza; por otro seríamos seres racionales y personales, espíritus como los dioses y los ángeles,

incorpóreos e inmortales. Lo que concluyen estos razonamientos filosóficos, es que no estaría bien permitir que el progreso científico contribuya a poder seleccionar ciertos rasgos genéticos para no alterar la propia naturaleza humana.

Actividad áulica I

Realiza una línea del tiempo, con los hechos más significativos para el desarrollo conceptual de la bioética.

Video complementario



¿Qué es la Bioética?

<https://www.youtube.com/watch?v=R4AYJlQuVO4>



Naturaleza humana

https://www.youtube.com/watch?v=SL_s3SwI3IQ

1.3 Ideas o cosmovisiones del hombre

En el aspecto bioético, existe algo conocido como “Antropología adecuada”, la cual es, “aquella que trata de comprender e interpretar al hombre en lo que es esencialmente humano”; en una visión integral del hombre, es decir, que a partir de una experiencia esencialmente humana alcanza el integrum del hombre, o sea, percibe al hombre como una unidad compuesta de distintas dimensiones (somática, psíquica o afectiva, espiritual) indisolublemente unidas y jerarquizadas.

Por lo anterior, se debe delimitar varios principios claves que guía toda reflexión moral de la bioética, como lo son; el hombre como totalidad unificada, el hombre como persona y su alma creada por Dios, el momento de la animación, el dominio ministerial del hombre, sacralidad de la vida humana, y el fin del hombre.

I. El hombre como totalidad unificada

El primer principio es establecido en la formulación clásica diciendo que “el hombre es una unidad substancial de alma y cuerpo”. Se oponen a este aserto todos los reduccionismos, es decir, todas aquellas teorías que “reducen” la naturaleza del hombre ya sea negando el alma (reduciendo todo a la materia: el hombre es sólo cuerpo, un mero conjunto de tejidos y órganos; también el evolucionismo craso es un reduccionismo materialista).

Los dualismos, niegan este principio, ya que para ellos el hombre, es un compuesto de dos sustancias heterogéneas (el cuerpo y el alma), no perteneciendo propiamente el cuerpo al hombre, sino a modo de prisión o de nave pilotada (para descartes la inteligencia es pensamiento puro que no requiere la contribución específica del cuerpo y de sus sentidos; trabaja autónomamente).

El cuerpo, por su parte, es un conglomerado de átomos, un mecanismo neutro e impersonal para cuyo funcionamiento no es necesario recurrir al alma). Contra todo esto, debemos afirmar que el hombre es una “totalidad unificada”, es decir: cuerpo y alma unidos substancialmente: “esa naturaleza es al mismo tiempo corporal y espiritual.

El Catecismo de la Iglesia Católica sintetiza la doctrina de la Iglesia: “La persona humana, creada a imagen de Dios, es un ser a la vez corporal y espiritual. El cuerpo del hombre

participa de la dignidad de la ‘imagen de Dios’: es cuerpo humano precisamente porque está animado por el alma espiritual, y es toda la persona humana la que está destinada a ser, en el Cuerpo de Cristo, el Templo del Espíritu: ‘Uno en cuerpo y alma, el hombre, por su misma condición corporal, reúne en sí los elementos del mundo material, de tal modo que, por medio de él, éstos alcanzan su cima y elevan la voz para la libre alabanza del Creado.

Por lo anterior, el hombre no debe de despreciar la vida corporal, sino que, por el contrario, tiene que considerar su cuerpo bueno y digno de honra, ya que ha sido creado por Dios y ha de resucitar en el último día. La unidad del alma y del cuerpo es tan profunda que se debe considerar al alma como la ‘forma’ del cuerpo; es decir, gracias al alma espiritual, la materia que integra el cuerpo es un cuerpo humano y viviente; no son dos naturalezas unidas, sino que su unión constituye una única naturaleza.

II. El hombre es “persona” por su alma creada por Dios

La segunda verdad que capta una lectura antropológica serena es la superioridad del hombre sobre el resto de la naturaleza; como decía Chesterton: “si el hombre es un producto de crecimiento biológico como cualquier otro animal, también resulta extraordinario que no se parezca en nada a los demás animales”. Esta superioridad la afirmamos al llamarle sólo a él “persona”.

Otros sostienen que el ser humano en estado embrional es un “material biológico” potencialmente humano, y que sólo adquiere el estatuto de persona mediante el libre reconocimiento y la libre aceptación por parte de la sociedad de los adultos. Un representante de este modo de razonar muy extendido es René Frydman, quien afirma que los embriones no poseen los atributos de la persona humana, sino sólo su potencialidad. La persona sería, de este modo, una construcción social, el fruto artificial de una adopción social, selectiva y arbitraria. Del mismo modo, de aquí concluirán (con lógica consecuencia) que uno puede luego renunciar a su personalidad al desear no vivir.

La tesis católica (y judeo-cristiana en general) es que la persona es fruto de un acto creador de Dios, quien crea e infunde el alma en cada ser humano.

III. El momento de la animación

El hombre comienza a ser persona humana en el momento de la animación, es decir, cuando el principio formal espiritual está ya presente en un individuo animándolo (siendo su principio de unidad sustancial y de sus operaciones). Así como el alma no es objeto de experiencia directa, tampoco lo es el momento de la infusión del alma. Pero, así como el alma es experimentable por sus actos, también lo será su presencia en un momento dado.

La certeza del momento de la animación no es experiencia de nuestro propio yo consciente, sino de un individuo distintivo de nosotros. Es también una experiencia indirecta a partir de sus actos y también ostensiva (no deductiva) y se basa en la observación del momento en que, en el nuevo ser (embrión), existe un principio inmanente organizador con una capacidad teleológica perfectamente definida (es decir, que ordena ab intrínseco todos los procesos evolutivos de ese individuo) y que actúa ininterrumpidamente hasta el momento de la muerte natural de dicho sujeto.

Dicho de otro modo: lo que podemos determinar “científicamente” es el momento en que están dadas las “condiciones” para decir que existe dicho principio inmanente de vida. Ese momento es el de la singamia (fusión de las dos células sexuales femenina y masculina). El individuo que ha resultado de la singamia es independiente y auto dirigente de su proyecto de vida desde el primer instante. Todo está desde el primer instante allí; ya sea en acto o en potencia (esperando la maduración de los órganos correspondientes para poder actuar).

Podemos decir que la ciencia nos da los elementos para decir que la animación se produce en el primer instante de la existencia de un nuevo individuo. Se podrá negar la existencia del alma espiritual, y, por tanto, considerar superflua esta discusión; pero no se puede afirmar la existencia de un alma espiritual y afirmar seriamente que ésta comienza a existir en algún momento posterior a la singamia (y lo mismo se diga de la “personalidad”, si algún materialista piensa que el ser humano es persona aunque no tenga alma, deberá reconocer que si no comienza a ser persona en este momento, no lo será tampoco más adelante, pues los posteriores cambios sólo serán accidentales).

IV. Dominio ministerial del hombre

En este punto hay dos mentalidades opuestas: la secularista y la teísta. La mentalidad secularista atribuye al hombre un dominio absoluto de la naturaleza (la suya propia y la del universo). En el fondo es una mentalidad “reductiva” que esquiva (o no resuelve) uno de los grandes dramas del mundo moderno (denunciado a menudo pero sin mucho tino por

toda una corriente apocalíptica de la literatura y la cinematografía modernas): la amenaza del hombre y del mundo por parte del fruto de las manos del mismo hombre.

La aceptación de esta mentalidad secularista pone los fundamentos para todas las bioéticas científicas o utilitaristas. Por bioética “cientificista” o “tecnológica” o “utilitarista”, se entienden aquellos modelos (o paradigmas) de bioética, que se pueden remontar a la filosofía empirista anglosajona, y que se caracterizan por ser, a la postre, una bioética sin ética.

Los criterios que rigen el obrar de la vida humana, se pueden resumir en tres;) el primero es el criterio de la total manipulabilidad del ser: el ser es simplemente una materia que espera ser informada, una energía que atiende su usufructo; no hay esencias fijas, ni normatividad de la naturaleza, ni reglas morales que impongan límites a la ingerencia del hombre; todo puede ser manipulado por el hombre.

El segundo es la eficacia: un acto es bueno si es “eficaz” para alcanzar el fin al que se ordena; y sirve más en la medida en que más fácil y rápidamente permite alcanzar el fin; pierde, en cambio, valor en la medida en que no sirve para el fin propuesto; el tercero es la proporcionalidad entre los costos y los beneficios: todo “hacer” es una inversión con costos y beneficios; algo es bueno o lícito en la medida en que reporte más beneficios y menos costos; lo contrario califica un acto de inútil.

V. Sacralidad de la vida humana

Este principio se deriva de los anteriores y podemos exponerlo diciendo que la vida humana reviste un carácter sagrado desde su comienzo hasta el fin natural de la misma. Podemos explicarlo con las palabras de Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium vitae*: “La vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término: nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente.

La vida humana, tiene un carácter sagrado e inviolable, en el que se refleja la inviolabilidad misma del creador, por esto, Dios se hace juez severo de toda violación del mandamiento “no mataras”, que está en la base de la convivencia social, al igual es el defensor del inocente, y Dios demuestra que “ no se recrea en la destrucción de los vivientes”.

VI. El fin del hombre

la vida humana no puede repetirse. El curso de nuestra vida terrena es único: a los hombres les está establecido morir una vez, y después de esto el juicio. Las decisiones que tomamos en esta vida, tienen consecuencias eternas. El final se basa totalmente en las creencias que cada persona tenga arraigadas fielmente.

Dios respeta lo que hemos querido hacer libremente de nosotros mismos, ya sea aceptando su gracia, ya sea rechazándola. Por eso, de algún modo, la salvación y la condenación ya comienzan aquí sobre la tierra, mientras el hombre por sus decisiones morales se abre o se cierra libremente a Dios. Aquí se descubre la grandeza de la libertad humana y la responsabilidad que de ella deriva.

Actividad áulica 2

- I. Realiza un mapa conceptual de las ideas o cosmovisiones del hombre, agregando las características más importantes de cada una y tu opinión sobre ellas.

1.5. Introducción a la bioética

1.5.1 Origen y desarrollo conceptual de la bioética

Después de entender el surgimiento del concepto de la bioética, es de importancia identificar su origen, el cual parte de lo siguiente:

- Medicalización de la vida: evidenciada a través del lenguaje médico en otros discursos (“la situación política es difícil, pero haremos el diagnóstico y tratamiento correctos”) o de la medicina preventiva (exámenes pre ocupacionales, prematrimoniales, etc).
- Avances científico-tecnológicos: creación de las unidades de terapia intensiva, implementación de técnicas de fertilidad asistida, etc.
- Revolución biomédica: posibilidad de remodelar la genética humana.
- Crítica a la heteronomía: ligada a los movimientos de reivindicación de los derechos de las minorías en los años setenta.

- Investigación con seres humanos: abusos cometidos en la posguerra, a pesar de los códigos y declaraciones tendientes a la protección de personas.

Hay muchas maneras de tipificar aspectos parciales del discurso bioético. La más obvia se centra en temáticas. Así, es posible distinguir una bioética médica, una ambiental, una social y una científica. Es también posible hablar de macrobioética, para referirse a temas que cubren la sociedad en su conjunto, y microbioética, para aludir a aquellos que se refieren a las interacciones entre individuos.

Desde el punto de vista de los procedimientos, cobra interés y se hace practicable una taxonomía de las formas de bioética:

- La bioética regulatoria se entiende como la forma discursiva que adopta el diálogo en la supervisión de los comportamientos deseables para la convivencia. Lo regulable varía de sociedad en sociedad y de época en época, pero lo esencial es que las regulaciones adquieran la legitimidad que les otorga el consenso guiado por una participación eficaz.
- Semejante, pero no idéntica, es la bioética normativa, que decanta en las formas particulares del derecho y los usos sociales en aquello que contienen de universal. Explora así la tensión entre lo universal y lo específico.
- La bioética cultural se aboca a la exploración de las normas sin considerar su poder vinculante. Semeja así una etnografía empírica de las formas de comportamiento aceptadas en una sociedad.
- La bioética clínica considera las peculiaridades del entorno clínico, señalado por una relación de ayuda entre personas.

El método de la bioética es un método interdisciplinar porque en ella intervienen elementos que provienen de la ciencia, de la filosofía, del derecho, de la economía y de otras ciencias. Es necesaria una integración de todas estas perspectivas y un ensamblaje que ofrezca una visión unitaria del objeto de estudio. Podemos afirmar que, según el concepto de hombre que se tenga, se tendrá una ética distinta.

Las diferentes metodologías o procedimientos para tomar decisiones morales podrían clasificarse en grupos: aquellas que desde la razón establecen a priori los principios éticos que deben respetarse (principalistas o deontologistas) y otras que consideran que el juicio

moral se debe establecer a posteriori una vez evaluadas las consecuencias que se pueden predecir como probables o seguras (consecuencialistas o teleologistas).

Un tercer tipo de metodología para afrontar los problemas morales serían las basadas en las “éticas de la responsabilidad” o mixtas, que son aquellas que, partiendo de unos principios básicos, tienen en cuenta además las consecuencias de las acciones morales que inspiran. Hans Jonas va un paso más allá en la ética de la responsabilidad al incluir entre esos intereses los de las generaciones futuras.

En la bioética contemporánea encontramos una amplia gama de teorías y abordajes éticos, los cuales se analizarán brevemente:

- a) **Principlismo:** Beauchamp y Childress, que habían formado parte de la comisión que elaboró el Informe Belmont, hablaron por primera vez de los principios que debían regir la toma de decisiones en bioética.
- b) **Principlismo moderado de Diego Gracia:** Jerarquiza los principios distinguiendo dos de rango superior (no maleficencia y justicia) y dos de rango inferior (beneficencia y autonomía). Opta por una ética de carácter deliberativo.
- c) **Utilitarismo y funcionalismo:** De raíz empirista, materialista y basado en las teorías de Jeremy Bentham y Stuart Mill. Considera que es bueno aquello que produce el mayor bienestar y beneficio para el mayor número de personas. Se realiza un cálculo costo-beneficio y el resultado práctico es lo que se decide.
- d) **Contractualismo:** Ante la imposibilidad de llegar a una ética universal, la única posibilidad remanente es el consenso y el contrato social en bioética.
- e) **Ética de mínimos:** Es una forma del contractualismo de Engelhardt. Se basa en el mismo supuesto: ante la imposibilidad de establecer principios con validez universal, solo nos queda acordar una “ética de mínimos” que todos compartamos y que sea el fundamento de la convivencia.
- f) **Ética del cuidado:** Teoría que encuentra su fundamento en la filosofía fenomenológica desarrollada por Carol Gilligan. Centra su atención en la categoría del cuidado. Puede enriquecer enormemente la reflexión bioética introduciendo categorías como la relación, la empatía y la alteridad.

- g) **Ética narrativa:** Descrita fundamentalmente por Howard Brody. Para él la ética clínica es un diálogo o síntesis entre los “principios recibidos, colectivos” y las “particularidades de cada persona, la historia que narra”.
- h) **Bioética casuística:** Representada por autores como Mark Siegler, Albert Jonsen y Stephen Toulmin, aplica a la resolución de problemas éticos una metodología similar a la que aplican los médicos en su práctica clínica, proponen revisar cada caso a la luz de indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y aspecto contextuales.
- i) **Personalismo con fundamentación ontológica:** Iniciada por Elio Sgreccia, es una síntesis entre la filosofía realista clásica y algunos elementos de la fenomenología contemporánea personalista. El núcleo de su filosofía de raigambre aristotélicotomista consiste en afirmar que la persona es unión sustancial de alma y cuerpo, de corporeidad y alma metafísica y espiritual, y afirma que existe el ser humano y la persona desde el momento en que empieza a existir su cuerpo, es decir, desde el momento de la fecundación.
- j) **Ética de las virtudes:** Desarrollada por Edmund Pellegrino, redescubre y aplica al profesional sanitario las virtudes clásicas aristotélicas, como la prudencia, la justicia, la veracidad y el respeto.

Ahora bien, centrándose en la ética en el área de la salud, los profesionales de esta área tienen el privilegio y la responsabilidad de atender al ser humano en todo lo relativo a la salud. El paciente permite entrar en contacto con aspectos de su vida que son relevantes. Cualquiera que sea el caso, cada paciente confía en el profesional sanitario para resolver un problema de salud y para ello, permite entrar a la intimidad de su vida.

Desde tiempo inmemorial, la convivencia humana en sociedad se ha visto influenciada y en muchos casos determinada por lineamientos, implícitos o explícitos que indican lo que es “bueno o malo” en ese conjunto humano. Esto es la moral o conducta, el punto obligado de partida, el sistema de creencias, prácticas y juicios de primer orden sobre el bien y el mal que otorga una cultura, sociedad o comunidad humana y que dictamina los actos de los individuos de esa agrupación como buenos o malos.

Entre los propósitos de la moral se encuentra el crecimiento del ser humano; la disminución de su sufrimiento; el mantener a la sociedad como un conjunto; la solución justa y ordenada de conflictos y en su caso, el otorgar reconocimiento y responsabilidad, premiación y castigo y, culpa.

Por otro lado, la ética del griego *ethos* que significa carácter o modo de ser obliga a la reflexión sobre nuestras creencias, prácticas y juicios morales. Desde la filosofía, la ética evalúa los valores morales de la cultura o de la civilización para encontrar normas que deben regir la conducta virtuosa para determinada comunidad o grupo humano. Por tanto, comprende el proceso de valoración y provee las razones para valorar el por qué algo es bueno o malo.

Otro concepto muy importante es el “acto médico”, el sentido tradicional se refiere a todo aquello que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente. Pero la atención médica no sólo involucra al médico sino al equipo de salud entre otros. Según Gillón, filósofo inglés, el término se refiere a las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o los valores, el beneficio y el perjuicio, lo justo y lo injusto, y lo que debe llevarse a cabo o no, en el contexto de la atención médica.

Un término de mucho valor para comprender es el de ley. En el sentido formal, se dice que la ley es una disposición obligatoria que emana del órgano legislativo del Estado; el conjunto de reglas que regulan orienta y dirigen la actividad del hombre y la convivencia humana en la vida social. Los conceptos mencionados antes, son parte de la bioética y es por ello por lo que el conocimiento de estos conforma una mayor comprensión de todo lo que conlleva esta.

Ahora bien, algo de suma importancia en la práctica médica, son los principios bioéticos, los cuales se entienden por principios las normas morales más amplias y generales, que son a la vez fuente y fundamento de otras normas más específicas. Los cuatro principios básicos expuestos por Beauchamp y Childress, y actualmente aceptados en el discurso de la bioética, quedan expresados de la siguiente manera;

- ❖ No maleficencia: Afirma la obligación de no hacer daño intencionalmente a los demás. Es el fundamento de la ética médica. Tiene dos dimensiones: la negativa, que supone “no hacer daño a nadie” y la positiva, referida a “procurar positivamente que la vida biológica de todos los hombres sea tratada con igual consideración y

respeto”. No depende de la voluntad de las personas: no puedo hacer daño a una persona (ni aunque ella me lo pida). En su aplicación en medicina, la no maleficencia es identificable con la buena práctica clínica, la *lex artis*, la corrección profesional, etc. Las responsabilidades de no maleficencia recaen fundamentalmente sobre el médico y el personal sanitario.

- ❖ **Justicia:** Tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece o les corresponde. Obliga a proporcionar a todos las mismas oportunidades en el orden de lo social; no discriminando, segregando o marginando. Deriva directamente de “todos los seres humanos tienen derecho a igual consideración y respeto”. La justicia en la relación clínica se traduce, al menos, en tres cuestiones: el trato justo, la igualdad de acceso y la distribución justa.
- ❖ **Autonomía:** Exige reconocer que todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente. La autonomía puede considerarse una facultad sustantiva de la realidad humana (la libertad) o como la característica de los actos de elección o acción, libres. Todos los seres humanos tienen, en principio, la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. En la aplicación a la medicina, la autonomía en la relación clínica corresponde siempre al paciente y se concreta especialmente en el llamado consentimiento informado: es el reconocimiento de la competencia para la realización de actos autónomos de las personas enfermas que acceden a la relación clínica.
- ❖ **Beneficiencia:** Exige hacer el bien según los “criterios de bien” del posible beneficiario o paciente, y a representar esa idea de bien cuando el paciente no pueda hacerlo por sí mismo. Además de respetar a los demás en sus decisiones autónomas y de abstenernos de hacerle daño, la moralidad nos exige que contribuyamos a su bienestar. El imperativo moral de la beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del otro y, por lo tanto, y en estos casos de imposibilidad para consentir, prestar toda la ayuda posible.

La mejor situación, por supuesto, es aquella en la que se respetan todos los principios, y se debe buscar ese respeto en las propuestas de cursos de acción posibles. Las excepciones a los principios pueden hacerse a la vista de las consecuencias y siempre de modo justificado,

procurando corregir las condiciones que dieron lugar a la excepción. Diego Gracia define dos niveles de estos principios:

Nivel I: Comprende la ética de mínimos, del deber. Es el nivel de lo correcto, donde se recogen deberes de obligación perfecta o de justicia. En este nivel los criterios o principios obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas. Los principios de no maleficencia y de justicia que integran este nivel son principios objetivos y universales.

Nivel II: Este es el nivel que responde a la ética de máximos, de la felicidad, de la perfección, es el nivel “de lo bueno”. Los principios de autonomía y beneficencia son subjetivos y particulares o de bien particular, este nivel se refiere a los proyectos de vida basados en el propio sistema de valores.

Videos complementarios



cosmovision cientifica

<https://www.youtube.com/watch?v=NxLjJKKsack>



Los VALORES | ¿Qué son los valores? | ¿Para qué sirven? | Explicación y ejemplos.

<https://www.youtube.com/watch?v=U2V0qjmWZMQ>

1.6. Ciencias de los valores: clasificación e importancia

La Axiología es una rama de la Filosofía (del griego axios, valor o valioso; y logos, estudio o tratado) que se encarga del estudio de los valores, es la teoría de los valores y de los juicios de valor. Desde la antigüedad, la palabra “valor”, ha sido usada para indicar la utilidad o el precio de los bienes materiales, y la dignidad o el mérito de las personas.

El uso filosófico del término “valor”, comienza (estoicos 300 a. C.) cuando su significado se generaliza para indicar cualquier objeto de preferencia o de selección. En el lenguaje filosófico, a las personas o las cosas se les denomina: seres, entes, sustancias, esencia y a las cualidades o propiedades de las personas o las cosas se les llaman valores.

Los valores se confunden con las cosas, constituyen su entraña. La perspicacia intelectual del hombre ha de servirle para descubrirlos, es decir, saber descifrar por qué una cosa es buena. Descubrir los valores sólo es posible a quien mira positivamente el mundo, al que previamente ha comprendido que todo lo que existe “existe por algo y para algo”; que cualquier ser, por pequeño que sea, tiene su sentido y su razón de ser, es decir VALE.

Podemos designar como VALOR aquello que hace buenas a las cosas, aquello por lo que las apreciamos, por lo que son dignas de nuestra atención y deseo. Hablar de valores humanos es una redundancia, porque no puede hablarse de valores, sino en relación con el hombre. Toca a este hacer una valoración de las cosas, es decir, entre los bienes que le solicitan y a los que naturalmente aspira.

Porque los valores no “existen” con independencia unos de otros, sino en lógica subordinación, en referencia a una mayor o menor importancia en la apreciación del sujeto que los descubre, ordenándolos en una “escala interior” que va a constituirse en guía de su conducta. Hablar de “valores humanos” significa aceptar al hombre como el supremo valor entre las realidades humanas. Lo que en el fondo quiere decir que el hombre no debe supeditarse a ningún otro valor terreno, ni familia, ni Estado, ni ideologías, ni instituciones.

El valor, por tanto, es la convicción razonada y firme de que algo es bueno o malo y de que nos conviene más o menos. Pero estas convicciones o creencias se organizan en nuestro psiquismo en forma de escalas de preferencia (escalas de valores). Los valores reflejan la personalidad de los individuos y son la expresión del tono moral, cultural, afectivo y social marcado por la familia, la escuela, las instituciones y la sociedad en que nos ha tocado vivir.

Una vez interiorizados, los valores se convierten en guías y pautas que marcan las directrices de una conducta coherente. Se convierten en ideales, indicadores del camino a seguir, nunca metas que se consigan de una vez para siempre. De este modo, nos permiten encontrar sentido a lo que hacemos, tomar las decisiones pertinentes, responsabilizarnos de nuestros actos y aceptar sus consecuencias.

Los valores auténticos, asumidos libremente, nos permiten definir con claridad los objetivos de la vida, nos ayudan a aceptarnos tal y como somos y a estimarnos, al tiempo que nos hacen comprender y estimar a los demás. Dan sentido a nuestra vida y facilitan la relación madura y equilibrada con el entorno, con las personas, acontecimientos y cosas, proporcionándonos un poderoso sentimiento de armonía personal.

La escala de valores de cada persona será la que determine sus pensamientos y su conducta. La carencia de un sistema de valores bien definido, sentido y aceptado, instalará al sujeto en la indefinición y en el vacío existencial, dejándole a merced de criterios y pautas ajenas. Los valores nos ayudan a despejar los principales interrogantes de la existencia: quiénes somos y qué medios nos pueden conducir al logro de ese objetivo fundamental al que todos aspiramos: la felicidad.

Los valores, deben de tener ciertas características, como son las siguientes:

- Son cualidades que están adheridas a un objeto o bien, pero no tienen existencia concreta, sino una existencia virtual. Los valores antes de incorporarse al respectivo portador, depositario o bien, son meras “posibilidades”.
- Son absolutos y universales. No cambian. Lo que cambia es su apreciación.
- Todo valor tiene su polaridad, su contravalor y ambos parten en sentido contrario de un punto cero, de donde resultan jerarquías de los mismos o escalas de valores.

Según Llopis, con agregados de Ortega y Gasset y S. Shwartz, los valores se clasifican, respecto a:

- La Salud: El respeto por la vida, el cuerpo, la energía, el cuidado, la prevención, etc.
- La Persona: La identidad, el optimismo, la seguridad, la gratitud, la realización, la ambición, el autoconcepto positivo, la capacidad, la congruencia, la autonomía personal, el éxito, la inteligencia, la confianza en sí mismo, la humildad, la responsabilidad, la integridad, la dignidad, la empatía, la intuición, la aceptación, la

fortaleza, el elegir las propias metas, la alegría existencial, la felicidad, la aceptación de lo que la vida nos da, etc.

- El Intelecto: La cultura, el conocimiento, las creencias y las tradiciones, el amor a la verdad, la curiosidad, la capacidad de comprensión, el sentido crítico, el desarrollo intelectual, lo exacto, lo evidente, el método, la demostración, etc.
- La Socialización: La dignidad de la persona, la sinceridad, el diálogo y la comunicación, la confianza, la libertad de expresión, la igualdad, la colaboración, el agradecimiento, la convivencia democrática, la generosidad, el amor maduro, la tolerancia, la amistad, la comprensión, la familia, la simpatía, el servicio mutuo, etc.
- La Política: la participación política, la imagen pública, la identificación política, la autoridad, la pluralidad, la democracia, el poder social, etc.
- La Economía: El trabajo, la capacidad, la productividad, la riqueza, la rentabilidad, la austeridad, lo barato, la ganancia, el liderazgo, la competitividad, el dinero, la mercancía, etc.
- La Ética: La bondad, la honestidad, la benevolencia, la sinceridad, la justicia, el perdón, la igualdad, la lealtad, la amistad sincera, la solidaridad, el compromiso, la paz, la concordia, etc.
- La Religión: Las creencias religiosas, lo santo o sagrado, lo divino, lo supremo, lo milagroso, lo virtuoso, lo puro, la espiritualidad, el sentido religioso de la vida, el sentimiento de unidad con el todo, las cosmovisiones salvadoras, la fe, la devoción, etc.
- El Hedonismo: El placer, el disfrute de la vida, la diversión, el gozo, el riesgo, etc.
- La Seguridad: La seguridad personal, y familiar, la seguridad nacional, el sentido de pertenencia, la devolución de favores, la higiene, la salud, etc.
- La Conformidad: La obediencia, la moderación, la autodisciplina, la esperanza, el respeto a la tradición, etc.
- La Universalidad: La paz mundial, la convivencia pacífica, la justicia social, la fraternidad, la sabiduría, la belleza, la tolerancia, la armonía interna, la protección del medio ambiente, la igualdad, la preservación del equilibrio, la unidad con la naturaleza, la amplitud de criterios, etc.

Se sabe que los valores vienen arraigados desde la crianza, en el núcleo familiar y las vivencias de cada individuo, pero cabe recalcar que en la formación académica se refuerzan

y aprenden valores nuevos. La Universidad es una institución transmisora, intérprete y protectora de la cultura; es custodia, generadora y promotora de la ciencia y la verdad, formadora de profesionales y transformadora de la vida social.

La Universidad es el lugar donde el hombre y la mujer aprenden a pensar y a vivir, a vivir juntos en la libertad. La Universidad es una Comunidad Académico-Humana encargada de la formación integral del hombre. No se puede restringir su acción exclusivamente a la formación intelectual, profesional, social o física. Su ideal debe integrar todos los elementos propios de la actividad humana. A la Universidad le corresponde formar hombres y mujeres pensantes, generadores de pensamiento propio, libre y creativo.

A este respecto resaltan cuatro valores que debe promover: La libertad, la justicia, la tolerancia, la autonomía, y la libertad bajo esta óptica tiene tres elementos de interacción:

- a) Generación libre de conocimientos.
- b) Expresión libre de conocimientos.
- c) Difusión libre de conocimientos.

Buscar la verdad, es el fin de la Universidad y su primer valor, lo que favorecerá la vida humana en todas sus dimensiones. Además, la Universidad debe ofrecer las mejores condiciones para que el hombre se realice vocacionalmente, y su vocación fundamental es la de ser hombre.

El humanismo es por consiguiente la función esencial de la universidad. El Humanismo nos habla de una movilidad, de una inquietud, de un deseo y de una preocupación acerca del ser humano, su destino, su misión, y el sentido de quehacer en la historia, ya que el hombre, único ser que se sabe y reconoce a sí mismo, es un ente histórico que debe recuperar su pasado para proyectar su porvenir.

El Humanismo no es patrimonio de alguna cultura, de alguna época o de alguna institución. Hablar de humanismo como elemento sustancial de la Universidad, es debido a que en ella se ha fraguado la realización de un tipo humano ideal. Este humanismo vela, protege y difunde la libertad que tiene el hombre de pensar y expresarse; en ella radica la posibilidad de sostener la dignidad de la persona humana. Junto a ella se proclama una serie de valores tales como la fraternidad, la justicia, el amor a la verdad, la ciencia y la responsabilidad social.

Actividad áulica 3

Busca una noticia relacionada con la salud, en donde se identifique un problema bioético. Este será comentado en clase, y se deberá exponer los valores y principios bioéticos que no se pusieron en práctica y se pasaron por alto.

Fuentes bibliográficas de primera unidad

- Javier Sádaba y José Luis Velázquez, Hombres a la carta. Los dilemas de la bioética, Madrid: Temas de Hoy, 1998.
- Gómez Álvarez, José E. et al (2001). En torno a la verdad y los derechos humanos. Universidad Anáhuac, México
- Ortiz, E. (2020). “Los valores”. Cele
- González, et al. (2015). “Bioética: historia y fundamentación”. Barcelona
- Mosterín, J. (2000). “La naturaleza humana”. Barcelona
- Fuentes, M. (2006). “Principios fundamentales de bioética”. Instituto verbo
- Morales et al (2011). “Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre”. Universidad de hidalgo
- DUSSEL, E., 1998, Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión, Trotta, Madrid
- Trujillo, E. (2020). “Bioética clínica: una breve introducción”. Comisión nacional de bioética; México.
- Outomuro D. Reflexiones sobre el estado actual de ética de la investigación en Argentina. Acta Bioethica 2004; 10(1): 81-94
- Gracia Guillén D. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Bogotá: El Búho; 2000: 63.

Unidad II

2. Deontología y derecho

2.1 Deontología

Concepto

La Deontología Médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico. El primero que utilizó la palabra “deontología”, fue el filósofo inglés Jeremias Bentham (1748-1832), en su obra “deontología o ciencia de la moral”. El código de deontología médica, está vigente desde julio 2011 y su objetivo es recordar las obligaciones y deberes que como profesional se debe cumplir y el código establece como de obligado cumplimiento.

La legitimidad de los colegios de médicos para sancionar trasgresiones éticas y deontológicas de sus miembros mediante el código de deontología médica, viene dada por la constitución Mexicana, código civil federal, la ley general de salud.

El Código de Deontología Médica es un elemento esencial para el ejercicio de la autorregulación, permitiendo mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos. Las presentes normas tienen vocación de básicas, correspondiendo, en su caso, su desarrollo y adecuación, y en definitiva determinar el justo equilibrio de los intereses en juego en su respectivo ámbito territorial a los Consejos Autonómicos y a los Colegios, aceptando los principios que aquí se consagran.

Al tratarse de normas de obligado cumplimiento se ha mantenido el principio general que siempre inspiró su redacción: codificar sólo aquellas conductas y situaciones que sean asumidas por la mayoría de la colegiación, sin quebrantar la conciencia de nadie, ni violentar los fundamentos éticos que garantizan la convivencia de un amplio colectivo, que necesariamente ha de tener y mantener opiniones distintas ante algunos dilemas, que el ejercicio de una medicina cada vez más compleja plantea.

Hablaremos de forma resumida y sintetizada en la presente antología sobre los códigos deontológicos, puesto que el contenido completo se maneja como tal en el manual de los mismos.

Códigos deontológicos

CAPITULO I. I.- DEFINICIÓN Y AMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. 1. La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico. Artículo 2. 1. Los deberes que impone este Código, en tanto que, sancionados por una Entidad de Derecho Público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen. 2. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido. Artículo 3. 1. La Organización Médica Colegial asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional. Dedicará atención preferente a difundir los preceptos de este Código y se obliga a velar por su cumplimiento.

CAPITULO II.- PRINCIPIOS GENERALES

Artículo 4.

1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico.
2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna.
3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia.
4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

Artículo 5.

1. Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.

2. En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.

3. En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

Artículo 6.

1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

CAPITULO III. RELACIONES DEL MEDICO CON SUS PACIENTES

Artículo 7

1. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria.

Artículo 8

1. En el ejercicio de su profesión el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.

2. El médico actuará siempre con corrección y respetará con delicadeza la intimidad de su paciente.

Artículo 9

1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegará al convencimiento de no existir

hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, el cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

2. El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.

4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitará su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos los aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

Artículo 10.

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

Artículo 11.

1. Es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada.

2. El médico certificará sólo a petición del paciente, de su representante legalmente autorizado o por imperativo legal. Especificará qué datos y observaciones ha hecho por sí mismo y cuáles ha conocido por referencia. Si del contenido del dictamen pudiera derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírselo.

Artículo 12.

El consultorio médico deberá ser acorde con el respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines que ha de cumplir.

Artículo 13

1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

2. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar, las historias clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. Cuando un médico cesa en su trabajo privado su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo deberá ser destruido, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

4. Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.

5. El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.

CAPITULO IV.- SECRETO PROFESIONAL DEL MEDICO

Artículo 14.

1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.

2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.

3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.

4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15

1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.

2. En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

Artículo 16.

I. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

- a. Por imperativo legal.
- b. En las enfermedades de declaración obligatoria.
- c. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- d. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.
- e. Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.
- f. Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.
- g. Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

Artículo 17.

1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.
2. Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.
3. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico
4. Los bancos de datos médico no pueden ser conectados a una red informática no médica.
5. El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular.

CAPITULO V.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA

Artículo 18.

1. Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance.
2. El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.

Artículo 19.

1. El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia.
2. Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad u otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional.
3. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario.

Artículo 20.

1. El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.
2. Individualmente o por mediación de sus Organizaciones el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión.

Artículo 21.

1. El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.

2. En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario.

Artículo 22.

1. No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces; la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas; y el uso de productos de composición no conocida; y el ejercicio de la Medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet.

2. No se debe facilitar el uso del consultorio o encubrir de alguna manera a quien se dedica al ejercicio ilegal de la profesión.

CAPITULO VI DE LA REPRODUCCION HUMANA

Artículo 23.

1. El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.

Artículo 24.

1. Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.

2. El médico únicamente podrá efectuar una intervención que trate de modificar el genoma humano con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no estén asociadas a una

enfermedad y las que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes.

3. Salvo en los casos que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo, el médico no utilizará técnicas de asistencia a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer.

Artículo 25.

1. El médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.

Artículo 26.

1. El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes.

2. El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

CAPITULO VII.- DE LA MUERTE

Artículo 27

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.
3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

CAPITULO VIII.- DEL TRASPLANTE DE ORGANOS

1. Dados los beneficios del trasplante de órganos es recomendable que el médico fomente la donación.
2. Para la extracción de órganos y tejidos procedentes de cadáveres al menos dos médicos comprobarán el fallecimiento del paciente, de acuerdo con los datos más recientes de la ciencia. Estos médicos serán independientes del equipo responsable del trasplante y redactarán por separado sus correspondientes informes. Los médicos encargados de la extracción comprobarán por todos los medios a su alcance que el donante no expresó, por escrito o verbalmente, su rechazo a la donación.
3. Para la realización de trasplantes de órganos o tejidos procedentes de sujetos vivos, dos médicos certificarán que la donación no afecta al estado general del donante. El médico responsable de la extracción se asegurará del libre consentimiento del donante y de que no haya mediado violencia coacción, presión emocional, económica o cualquier otro vicio en el consentimiento.
4. La donación entre sujetos vivos nunca es exigible, moral ni legalmente.

CAPITULO IX EXPERIMENTACIÓN MEDICA SOBRE LA PERSONA

Artículo 29

1. El avance en Medicina está fundado en la investigación y por ello no puede prescindir, en muchos casos, de la experimentación sobre seres humanos, que sólo podrá realizarse cuando lo que se quiere experimentar haya sido satisfactoriamente estudiado y de acuerdo con los criterios, reglas o principios fijados en la Ley.

2. La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica, social o jurídicamente débiles o vulnerable.
3. Deberá recogerse el consentimiento libre y explícito del individuo sujeto de experimentación de de quien tenga el deber de cuidarlo en caso de que se a menor o incapacitado. Previamente se le habrá informado de forma adecuada de los objetivos, métodos y beneficios previstos del experimento, así como de los riesgos y molestias potenciales. También se le indicará su derecho a no participar en la experimentación y a retirarse en cualquier momento, sin que por ello resulte perjudicado.
4. Los riesgos o molestias que conlleve la experimentación no serán desproporcionados ni le supondrán al sujeto merma de su conciencia moral o de su dignidad. El médico interrumpirá la experimentación si se detecta un posible peligro.
5. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. En ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.
6. El médico, esta obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.

CAPITULO X.- DE LA TORTURA Y VEJACIÓN DE LA PERSONA

Artículo 30.

1. El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean, los argumentos invocados para ello. Está obligad, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.
2. El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, al margen de cuales sean los cargos atribuidos a la víctima y sus motivos o creencias.

3. El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente.

CAPITULO XI.- RELACIONES DE LOS MEDICOS ENTRE SI Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 31

1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente.

2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al compañero o colega que es objeto de ataques o denuncias injustos.

3. Los médicos compartirán sin ninguna reserva, en beneficio de sus pacientes, sus conocimientos científicos.

4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos.

6. No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, de forma objetiva y con la debida discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional. Tampoco cuando el médico actúe dentro de los límites propios de la libertad de expresión.

Artículo 32

1. En interés del enfermo debe procurarse sustituir, cuando sea necesario, a un colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido a un compañero no debe atraer para sí los enfermos de éste.

2. El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada.

3. Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios.

Artículo 33

1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.

2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

3. La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opciones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

4. Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos profesionales en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

Artículo 34

1. El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los enfermos.

2. El médico respetará el ámbito de las peculiares competencias de las personas que colaboran con él. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus responsabilidades específicas. Cuidará de que todos, teniendo como propósito común prioritario el bien del paciente, trabajen coordinadamente dentro del equipo asistencial.

CAPITULO XII RELACIONES CON LA CORPORACION MEDICA COLEGIAL

Artículo 35

1. El médico, cualquiera que sea su titulación profesional o jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde el Colegio.
2. Es obligación del médico colegiado prestar su colaboración a la vida corporativa y contribuir económicamente a las cargas correspondientes.

Artículo 36

1. La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas de este Código sean respetadas y protegidas por la ley.
2. Los directivos de la Organización Médica Colegial están obligados a mantener la unidad deontológica de toda la colegiación y deben ajustar sus decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.
3. La Organización Médica Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de las normas de este Código.
4. La Junta Directiva tiene el deber de preservar como secreta la información y la documentación relacionada con las cuestiones deontológicas de sus colegiados.
5. La Organización Médica Colegial tiene el deber de velar por la calidad de la enseñanza de la Medicina, de la que no debe faltar la docencia de la ética y la deontología médica. Debe poner sus medios y la influencia necesaria para conseguir que los médicos mantengan su competencia profesional.
6. La Organización Médica Colegial tiene el deber de intervenir acerca de la organización sanitaria y sobre todos aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población.

CAPITULO XIII EL TRABAJO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Artículo 37

1. El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas

las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

2. Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que éste ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.

3. Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca competente para juzgar conflictos deontológicos entre médicos a quien no lo sea.

CAPITULO XIV DE LA PUBLICIDAD

Artículo 38

1. La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

2. El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que dicha información sea verídica, discreta, prudente y expresada de manera que pueda entenderse.

CAPITULO XV DE LAS PUBLICACIONES PROFESIONALES

Artículo 39

1. El médico tiene el deber de comunicar prioritariamente a los medios profesionales los descubrimientos que haya realizado o las conclusiones derivadas de sus estudios y ensayos científicos, cualquiera que sea su signo.

2. El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer el consentimiento explícito del interesado.

3. En materia de publicaciones científicas son contrarias a los deberes deontológicos las siguientes actuaciones: - Dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos de eficacia todavía no determinada o exagerar ésta. - Falsificar o inventar datos - Plagiar lo publicado por otros autores. - Dejarse incluir como autor a quien no ha contribuido sustancialmente al diseño y realización del trabajo. - No mencionar todas las

fuentes de financiación del trabajo que motiva la publicación. - Realizar publicaciones repetitivas.

CAPITULO XVI DE LOS HONORARIOS

Artículo 40

1. El acto médico no podrá tener como fin exclusivo el lucro
2. El ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico y éste tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia y las circunstancias y cualificación profesional.
3. Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos. Se prohíben las prácticas dicotómicas, la percepción de honorarios por actos no realizados y la derivación de pacientes con fines lucrativos entre instituciones y centros.
4. Las reclamaciones y litigios podrán someterse al arbitraje de los Colegios.
5. El médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.

CAPITULO XVII MEDICOS PERITOS Y FUNCIONARIOS

Artículo 41

1. Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código.
2. El médico perito debe comunicar previamente al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante.
3. La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente.
4. Si en el curso de su actuación, el médico perito o inspector hubiera obtenido algún dato que traduce un riesgo importante para la vida o la salud del paciente, considerará si conviene al bien de este comunicarlo.

DISPOSICIÓN FINAL

1. Las declaraciones de la Comisión Central de Deontología aprobadas por la Asamblea general de la Organización Médica Colegial tienen naturaleza normativa e igual carácter vinculante que los preceptos contenidos en este Código. Serán dadas a conocer a todos los colegiados desde el Consejo General y también a través de los medios de comunicación del Consejo General, de los Consejos Autonómicos y de los Colegios Provinciales.

2. La Comisión Central de Deontología tendrá como uno de sus deberes primordiales el emprender las iniciativas precisas para la actualización permanente de este Código. Con igual finalidad, podrán realizar propuestas todos los médicos colegiados, quienes las orientarán a través de las Comisiones Deontológicas, a los colegios, a los Consejos Autonómicos o al Consejo General.

2.2 Bioética: tendencias, corrientes filosóficas y modelos

En este punto, después de haber hablado ampliamente del concepto de la bioética, los valores, el origen y su fundamento. Es preciso abordar, sobre su intención, ya que cuenta con los siguientes aspectos:

- **Multidisciplinar:** convoca al debate sobre la valoración ética de la vida. En dicho debate participan diferentes áreas de conocimiento, siendo importantes las biociencias (y sus respectivas tecnologías), la filosofía (principalmente la ética) en conjunto con la jurisprudencia y el bioderecho (Chan, Ibarra Palafox y Medina Arellano, 2018).
- **Plural y laica.** Declara en favor del pluralismo y en contra de las vías y soluciones dogmáticas. La bioética proporciona los conocimientos necesarios para promocionar valores ciudadanos y para que el debate social no se contamine con informaciones y actitudes alarmistas y dogmáticas (Capdevielle y Medina Arellano, 2018).
- **Civil y social.** Llama a proyectarse en un plano ético de reconocimiento. La bioética equivale, en estos términos, a “cobrar conciencia de la existencia”, porque es consciente quien sigue naturalmente los dictados de la vida, pero a su vez quien, en

términos sociales, despliega un éthos ciudadano, es decir, un estado de comprensión del respeto a la vida y a los derechos humanos.

- **Formativa-informativa.** Dirige una mirada crítica a las posiciones reduccionistas de la vida (humana y no humana), con el propósito de recalcar en los derechos que afirman la libre manifestación de los individuos, al margen de sus diferencias constitutivas. En los planos formativo e informativo, la bioética tiene mucho para ofrecer no sólo a campos del conocimiento de la biología y la ecología, sino también al desarrollo social, proponiendo modelos incluyentes e implementando perspectivas multidisciplinarias.
- **Prejurídica y metajurídica.** Define, pondera y entiende los principios que fundamentan el cuidado y la preservación de la vida como un requisito fundamental que pone en un plano de convergencia a la Bioética con las ciencias jurídicas (Medina-Arellano, 2015).
- **Universal.** Invita a pensar la bioética como un área de conocimiento de espectro universal, respondiendo a las necesidades de las sociedades contemporáneas, en las que se enfrentan a cada momento retos relacionados con el tratamiento que se debe dar a la existencia humana, a las especies vivas y a sus ambientes. Teniendo en cuenta lo anterior, identificar la universalidad como una de las principales características de la bioética no constituye como tal un ideal quimérico.

La bioética cuenta con sistemas normativos, de los cuales ya se abordaron anteriormente de otro punto de vista, pero en el aspecto filosófico, son los siguientes:

- a) **Utilitarismo.** Se consideran como “buenas” las cosas útiles que producen bienestar o felicidad. De esta idea tan simplemente expuesta, se desprende la doctrina del utilitarismo, que privilegia, antes que cualquier valor o cualquier creencia, el bienestar o el beneficio que se derivan de los objetos, los hechos, o las personas mismas. Utilitarismo no significa, necesariamente, egoísmo, sino por el contrario, generosidad, ya que en cualquier circunstancia se procura el mayor beneficio para el mayor número de personas.
- b) **Libertarianismo:** Converge en muchos asuntos con la izquierda antiliberal, apostando como ella por la remodelación de las reglas afectivas y de la institución de la familia. El libertarianismo difiere del liberal-conservadurismo no sólo en tanto que no promueve un dogmatismo simplificador, sino más bien porque pretende

resolver todos los asuntos sociales con reglas muy sencillas como: Acuerdos voluntarios entre individuos. Estados mínimos, dedicados sólo a impedir la agresión y garantizar la ejecución de los contratos. Libertad entendida simplemente como no interferencia. Maximización de la libertad individual, con el único límite de la libertad de los demás.

- c) Deontología + liberalismo político. Cercana a la axiología, la deontología es una de las ramas principales de la ética normativa, conocida como la teoría del deber ser. La deontología tiene como objeto el estudio y la fundamentación del deber ser y de las normas morales que lo rigen. El conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada disciplina es, propiamente, su deontología. A semejanza de lo que sucede con los conceptos de “bioética” y “ética médica”, es común encontrar que no se distinguen claramente los límites entre la ética y la deontología (Bishop, 2006).
- d) Ética de la virtud + comunitarismo. El concepto “ética de la virtud” es empleado para designar desarrollos que difieren entre sí, pero tienen en común la crítica más o menos radicalizada de la ética moderna, retomando como alternativa la teoría aristotélica de la virtud. Lo que se aborda como “ética moderna” no tiene en este contexto un sentido histórico, sino más bien doctrinal, que viene a significar un esquema de pensamiento subyacente en gran parte de la reflexión ética como producto de la modernidad y la modernización (Slote, 2010).
- e) Ética ciudadana: Para definir la “ética ciudadana” es preciso revisar el significado del “cuidado”, que señala los modos adecuados para mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades. Cuidar es “encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de alguien o de algo”. El cuidado ético involucra la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, una unión y un reclamo de relación humana. De aquí se deduce que la ética ciudadana es, propiamente, la ética del cuidado, que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, que tienen como fin último lograr el cuidado de los semejantes y el suyo propio.

Existen métodos de argumentación en bioética, los cuales parten del método deductivo, que es el principalismo, comentado con anterioridad, recordando que es una postura

jurídica que se caracteriza por el papel preponderante que concede a los principios, a su aplicación y ponderación, se tiende a identificar la moral y este método establece el principio de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Los métodos inductivos, como lo es la casuística, que se basa en los paradigmas y analogías, las máximas, las circunstancias, los grados de probabilidad, los argumentos acumulativos, y la resolución final. La narratividad es un modo constitutivo de los seres humanos del que se desprende una ética narrativa, que puede entenderse como una perspectiva alternativa de la condición humana. El concepto central de narrativismo no entra en correspondencia ni con una doctrina de la naturaleza humana, ni con una antropología filosófica, sino más bien con una disposición de la identidad personal de los individuos. La identidad personal puede entenderse como una construcción por parte del sujeto a propósito de su interacción con el medio ambiente, social y natural.

El pragmatismo, siendo aun método inductivo, se entiende que algo es bueno si produce resultados positivos y sirve a los intereses de individuos, grupos o sociedades. En los comités de bioética suele considerarse que el pragmatismo es una opción adecuada de cara al tratamiento e intervención de problemáticas que no van a cambiar sólo opinando, discutiendo y teorizando sobre ellas.

Ante la complejidad de los dilemas bioéticos, el pragmatismo preserva la libertad de pensar, de creer, de discutir, de demandar, de resistir, porque lo que se tiene en perspectiva es la transformación de la realidad en función de la acción y de la toma de decisiones, restando importancia a la inacción e inoperatividad de los debates ideológicos

Por último, la crítica feminista esgrime para aproximarse a la bioética parten de la necesidad de reexaminar el papel que desempeña esta disciplina de cara a las estructuras patriarcales de la sociedad. El efecto positivo, negativo o neutro de la bioética debe quedar claramente planteado porque resulta absurdo reproducir bajo nuevos discursos académicos y científicos los mismos patrones de dominación existentes (Luna y Salles, 2008).

Una vez realizado el anterior balance, las críticas feministas proponen vías prácticas para cambiar algunos hábitos y estructuras que, recalando en el parámetro de género, constriñen el concepto y las acciones de algunos individuos. Dichas vías buscan objetivamente el cambio de ciertas prácticas bioéticas, de modo que sean más compatibles con los objetivos morales del feminismo

Video complementario



Deontología y ética profesional

https://www.youtube.com/watch?v=h5KKmbZZ_I4

2.3 Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, es la ley máxima que rige la vida económica y política en México. Establece los límites y define las relaciones entre los poderes de la federación: legislativo, ejecutivo, y judicial, entre los tres órdenes diferenciados del gobierno: federal, estatal y municipal, y entre todos aquellos y los ciudadanos. Fija las bases para el gobierno e instituciones en que el poder se asienta y establece, en tanto pacto social supremo e la sociedad mexicana, los derechos y los deberes del pueblo mexicano.

Como datos históricos sobresalientes, es que los dos primeros documentos constitucionales del México independiente, fue el acta y constitución de 1824, en la cual se refirieron a las libertades humanas en algunos artículos diseminados. Aun cuando las constituciones centralistas (las siete leyes fundamentales de 1835 y las bases orgánicas de 1843) señalaron algunos derechos del hombre, la no aplicación efectiva de esos ordenamientos, las limitaciones y contradicciones que ellas mismas contenían en esta materia y la feroz dictadura de Santa Anna, hicieron nulas e inexistentes las libertades.

En la presente antología, se hace hincapié en los artículos de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos que tienen relación estrecha con el área de la salud, sin embargo no excluye el conocer los demás.

Titulo primero

Capítulo I; De los derechos humanos y sus garantías

Art 1. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Art. 4 La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

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.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento.

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales.

El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. El Estado garantizará la entrega de un apoyo económico a las personas que tengan discapacidad permanente en los términos que fije la Ley. Para recibir esta

prestación tendrán prioridad las y los menores de dieciocho años, las y los indígenas y las y los afroamericanos hasta la edad de sesenta y cuatro años y las personas que se encuentren en condición de pobreza.

Las personas mayores de sesenta y ocho años tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afroamericanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años.

Art. 73

Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

Art 123

Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.

Toda empresa agrícola, industrial, minera o de cualquier otra clase de trabajo, estará obligada, según lo determinen las leyes reglamentarias a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas. Esta obligación se cumplirá mediante las aportaciones que las empresas hagan a un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de sus trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad tales habitaciones.

Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso.

Las garantías individuales

Al referirnos a las garantías individuales es necesario precisar que no se trata de derechos sustantivos, sino que más bien se constituyen en el instrumento constitucional establecido por la propia Carta Magna para salvaguarda de los citados derechos. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, existen dos vías para la tutela de los derechos constitucionales denominadas garantías individuales. Por un lado, la vía jurisdiccional, a través de un Juicio de amparo ante un Juez de Distrito, Tribunal Colegiado o ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación del Poder Judicial de la Federación; y por el otro, la vía no jurisdiccional, mediante una queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) o ante alguna de las comisiones locales estatales.

Las garantías individuales que se encuentran consagradas en los artículos constitucionales 14 (debido proceso) y 16 (fundamentación y motivación en todo acto de autoridad) garantizan como su nombre lo indica, la aplicación de la ley en cuanto a los procedimientos seguidos ante tribunales, con el objeto de proteger la integridad física, la libertad y los bienes, siendo éstos, los derechos fundamentales del gobernado.

El derecho político o constitucional es el conjunto de normas relativas a la estructura fundamental del estado, a las funciones de sus órganos y a las relaciones de estos entre sí y con los particulares. En el derecho constitucional de una nación podemos encontrar la historia misma de su pueblo, su evolución cívica y social, su lucha por la independencia y por la libertad. En nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos suele dividirse para su estudio en dogmática y orgánica.

Las garantías individuales se pueden dividir en cuatro grandes grupos;

- Garantías de igualdad: Estas garantías tienen el objeto evitar los privilegios injustificados y colocar a todos los gobernados en la misma situación frente a la ley. La igualdad jurídica consiste en evitar las distinciones que se hagan por raza, sexo, edad, religión, profesión, posición económica, etc. La finalidad de cada artículo en el caso del 1° es el goce para todo individuo de las garantías que otorga la constitución, el artículo 2° es la Prohibición de la esclavitud. Artículo 4° es la Igualdad de derechos sin distinción de sexo, y el Artículo 12° se refiere a la prohibición de títulos nobiliarios, al igual que el Artículo 13° Prohibición de fueros.
- Garantías de libertad: Estas garantías están consideradas en los artículos. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 24 y 28. Siendo la libertad el derecho de elegir aquello que es bueno para una persona.

Artículo 5° Es la libertad de elegir cualquier profesión que se desee, siempre y cuando sea lícita, además de hablar de la justa retribución del trabajo efectuado por alguien.

Artículo 6° Habla de la libertad de expresión, excepto si se ataca la moral, derechos de terceros, provoque un delito o altere el orden público.

Artículo 7° Libertad de escribir y publicar sobre cualquier materia

Artículo 8° Los funcionarios y empleados públicos respetaran el ejercicio del derecho de petición, siempre y cuando, sea por escrito y de manera pacífica

Artículo 9° Libertad de asociación y reunión libre con objetivos lícitos, que no sea reunión armada, sin producir amenazas.

Artículo 10° Derecho a poseer armas por seguridad y defensa propia, a excepción de las prohibidas y las reservadas para el ejército.

Artículo 11 Libertad de tránsito, de entrar y salir del país, viajar por él y mudar de residencia cuanto se desee.

Artículo 16 La correspondencia cubierta por estafetas estar libre de registro.

Artículo 24 Libertad de creencia religiosa.

Artículo 25 Prohibición de monopolios.

- Garantías de propiedad: Esta clasificación aplica únicamente para el Artículo 27 La propiedad de las tierras y aguas nacionales corresponde originalmente a la nación, la cual ha tenido y tiene el derecho de transmitir el dominio de ella a los particulares constituyendo la propiedad privada. La expropiación, solo se hará en utilidad pública y con indemnización.
- Garantías de seguridad jurídica: Estos son derechos y principios de protección a favor del gobernado.
 - Artículo 14 Señala que a ninguna ley se le dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna. Nadie podrá ser privado de la vida, libertad y de sus propiedades, a menos que se llegue a esto por algún delito. Que la ley debe ser aplicada exactamente como es, y que las sentencias deberán ser según la interpretación de la ley, si no la hubiera sería por el derecho.
 - Artículo 15 No se puede extraditar reos políticos, ni delincuentes de del orden común que hayan estado en él termino de esclavos en otro país, ni la celebración de convenios en virtud de alterar sus garantías y derechos establecidos.
 - Artículo 16 Prohíbe el que la autoridad quiera molestar a alguien o irrumpir en su casa sin una orden judicial, la cual no podrá ser expedida a menos que haya alguna denuncia. Las visitas domiciliarias están permitidas, pero sólo para revisar el cumplimiento de las normas.
 - Artículo 17 Nadie puede hacerse justicia por sí mismo, ni ejercer violencia para reclamar sus derechos. Pero se tiene derecho a recibir justicia, gratuitamente. Nadie puede ser aprisionado por deudas de carácter civil.
 - Artículo 18 Solo habrá lugar a prisión preventiva por delito que merezca pena corporal. Los gobiernos de la Federación y los estados organizaran el sistema penal. La federación y los gobiernos de los estados establecerán instituciones para menores infractores.
 - Artículo 19 Ninguna detención podrá sobrepasar los 3 días sin haberse declarado una auto de formal prisión (se aclararan el delito, lugar, tiempo, circunstancias y los datos de la averiguación). Todo proceso se seguirá por el delito señalado, si hubiese otro, se tendría que repetir el proceso con el otro delito.
 - Artículo 20 consagra 10 garantías de seguridad de todo procesado: Libertad bajo fianza, Derecho a no declarar en su contra, Derecho a conocer el delito del que lo

acusar y quien le acusa, Derecho a tener un careo con los testigos que declaren en su contra, El que se reciban los testigos y las pruebas que ofrezcan, Ser juzgado en audiencia pública, Que le faciliten todos los datos que solicite para su defensa , Ser juzgado antes de 4 meses, si su condena no excede los 2 años de prisión y 6 meses si lo excede. Poder defenderse solo o por un abogado suyo o de oficio, No se podrá prolongar la prisión por ninguna cosa de dinero, y tampoco la prisión preventiva por ninguna cosa.

- Artículo 21 Solo la autoridad judicial podrá imponer penas. La persecución de delitos es del ministerio público (con la policía judicial). Si se trata de multas se tendrá que tomar en cuenta el ingreso o sueldo que tenga el infractor.
- Artículo 23. Ningún juicio criminal deberá tener más de tres instancias, nadie puede ser juzgado más de una vez por el mismo delito. Queda prohibida la práctica de absolver la instancia.
- Artículo 29, que habla sobre la suspensión de las garantías individuales, en caso extraordinario, en caso de guerra o situaciones que atenten contra nuestra sociedad, tal suspensión será en determinados lugares o todo el país por tiempo limitado.

Video complementario



Derechos humanos, derechos fundamentales y garantías individuales|

<https://www.youtube.com/watch?v=mQeTA3wivg4>

2.4 Ley general de salud en nuestro país

La ley general de salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4to de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Es de aplicación en toda la república y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Fue publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984, entro en vigor 6 meses después en el sexenio de Miguel de la Madrid, y se basa en los artículos 1,4,5,73,123 de la constitución política de los estados unidos mexicanos.

Los objetivos de la ley general de salud principalmente son; control sanitario, programas preventivos, mejorar la condición de salud en los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, fortalecer el sistema nacional de salud, garantizar un trato adecuado en los servicios de salud públicos y privados, prevención de enfermedades, control de los servicios de salud, orientación y lograr el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida.

En la presente antología, se mencionan los principales artículos de la ley general de salud, los cuales son de importancia desglosar, sin embargo, los demás artículos no mencionados se abordaran como tal en el documento utilizado de apoyo.

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades; El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; La extensión de actitudes

solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, tratándose de personas que carezcan de seguridad social, conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: La atención médica; La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social. La atención materno-infantil, la salud visual, auditiva, bucodental, planificación familiar, salud mental, promoción de la formación de recursos humanos para la salud, educación para la salud, prevención de efectos nocivos, nutricionales, obesidad, sobrepeso, saneamiento básico, prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, rehabilitación, asistencia social, programas contra tabaquismo, entre otros.

Artículo 4o. Son autoridades sanitarias; el presidente de la república, consejo de salubridad general, secretaria de salud, y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el gobierno de la Ciudad de México.

Artículo 5o.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos: Proporcionar servicios de salud a toda población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo problemas sanitarios, factores que condicionen, causen daños, promoción, Servicios de asistencia social, abandono, ancianos desamparados, personas con discapacidad, Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y práctica en condiciones adecuadas, coadyuvar a la modificación de los patrones culturales, promover la creación de programas de atención integral de víctimas, diseñar políticas públicas que propicien la alimentación, nutrición.

Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta: conducir la política nacional respecto a salud, coordinar los programas de servicios de salud, dependencias, asignación de los recursos que requieran los programas de salud, promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, promover campañas de salud de los programas.

Artículo 9o.- Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su caso, en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud, en la operación, funcionamiento y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. Para lo cual, planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 10. La secretaria de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de estos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Artículo 11. La concertación de acciones entre la secretaria de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos.

Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: De atención médica; de salud pública, y de asistencia social.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes, sindemias y de los accidentes;

- III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Para efectos del párrafo anterior, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos, psíquicos y sociales de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta. En el caso de las personas sin seguridad social, deberá garantizarse la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados;
- IV. Salud mental
- V. Prevención y control de enfermedades bucodentales
- VI. La disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos esenciales para la salud
- VII. Promoción de un estilo de vida saludable
- VIII. La asistencia social a los grupos más vulnerables
- IX. Atención médica a las personas adultas mayores en áreas de salud geriátrica

Artículo 28 Bis.- Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son: Médicos; Médicos Homeópatas; cirujanos dentistas, médicos veterinarios en el área de su competencia y licenciados en enfermería.

Artículo 29.- Del Compendio Nacional de Insumos para la Salud, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, determinarán la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para otorgar, en el ámbito de su competencia, la prestación de servicios de salud a la población.

Artículo 31.- La Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, asegurará la adecuada distribución y comercialización y fijará los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrá la intervención que le corresponda en la determinación de precios, cuando tales bienes sean producidos por el sector público. La Secretaría de Salud proporcionará los elementos técnicos a la Secretaría de Economía, acerca de la importación de insumos para la salud.

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y
- IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a las personas que se encuentren en el país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, igualdad e inclusión y de gratuidad al momento de requerir los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Artículo 38.- Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley.

Artículo 39.- Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Artículo 41 Bis. Los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, además de los señalados en los artículos 98 y 316 de la presente Ley, y de acuerdo con su grado de complejidad y nivel de resolución, contarán con los siguientes comités:

- I. Un Comité Hospitalario de Bioética para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de esta Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud, así como promover la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del establecimiento, y
- II. En los casos de establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, un Comité de Ética en Investigación que será responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones.

Artículo 50.- Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios.

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

pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.

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

Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;
- II. La atención de la transmisión del VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal;
- III. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual;
- IV. La aplicación del tamiz neonatal para la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas, se realizará antes del alta hospitalaria;
- V. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro;
- VI. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados;
- VII. El diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia en el desarrollo de la cadera, a través del examen clínico en la primera semana del nacimiento, en

el primer mes de edad y a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad; así como la toma de ultrasonido de cadera o radiografía anteposterior de pelvis, entre el primer y cuarto mes de vida, y

- VIII. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar.

Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran. En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 72.- La salud mental y la prevención de las adicciones tendrán carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. El Estado garantizará el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental y de las adicciones a las personas en el territorio nacional.

Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación por motivos de origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad, la expresión de género, la filiación política, el estado civil, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, farmacia, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, terapia física, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 84.- Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.

Artículo III. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud;

- II. Alimentación nutritiva, actividad física y nutrición;
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, adoptando medidas y promoviendo estrategias de mitigación y de adaptación a los efectos del cambio climático;
- IV. Salud ocupacional, y
- V. Fomento sanitario

Artículo 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

- I. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo;
- II. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocóccicas y enfermedades causadas por estreptococos;
- III. Tuberculosis;
- IV. Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, rubeola y parotiditis infecciosa;
- V. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos la Secretaría de Salud coordinará sus actividades con la de Agricultura y Recursos Hidráulicos
- VI. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos;
- VII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitida por piojo, otras rickettsiosis, leishamianiasis, tripanosomiasis, y oncocercosis; VIII. Sífilis, infecciones gonocóccicas, virus del papiloma humano y otras enfermedades de transmisión sexual;
- VIII. Lepra y mal del pinto;
- IX. Micosis profundas;
- X. Helmintiasis intestinales y extraintestinales;
- XI. Toxoplasmosis;
- XII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y

Artículo 137.- Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles; posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.

Artículo 139.- Las medidas que se requieran para la prevención y el control de las enfermedades que enumera el artículo 134 de esta Ley, deberán ser observadas por los particulares. El ejercicio de esta acción comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles;
- II. El aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas;
- III. La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;
- IV. La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos; V. La descontaminación microbiana o parasitaria, desinfección y desinsectación de zonas, habitaciones, ropas, utensilios y otros objetos expuestos a la contaminación;

Artículo 157 Bis I.- Toda persona residente en el territorio nacional tiene derecho a recibir de manera universal y gratuita en cualquiera de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, del Sistema Nacional de Salud, las vacunas contenidas en el Programa de Vacunación Universal, de conformidad con esta Ley, independientemente del régimen de seguridad social o protección social al que pertenezca.

Artículo 159.- El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sindemias comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles, sindemias y la evaluación del riesgo de contraerlas;
- II. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;
- III. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;
- IV. La realización de estudios epidemiológicos, y

- V. La difusión permanente de las dietas, hábitos alimenticios y procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población general y no exceder los máximos de azúcares, grasas saturadas, grasas trans y sodio, con base en lo recomendado por la propia Secretaría, y
- VI. Las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

Artículo 161 Bis.- El Registro Nacional de Cáncer tendrá una base poblacional, se integrará de la información proveniente del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud y contará con la siguiente información:

- I. Información del paciente, que se agrupa en los siguientes rubros: a) Datos relacionados con la identidad, historial ocupacional y laboral, observando las disposiciones relativas a la protección de datos personales de los pacientes. b) Información demográfica.
- II. Información del tumor: Incluye la fecha de diagnóstico de cáncer; la localización anatómica; de ser el caso, la lateralidad; la incidencia y el estado de la enfermedad; la histología del tumor primario y su comportamiento.
- III. Información respecto al tratamiento que se ha aplicado al paciente y el seguimiento que se ha dado al mismo de parte de los médicos. Además, se incluirá información de curación y supervivencia.
- IV. La fuente de información utilizada para cada modalidad de diagnóstico y de tratamiento.
- V. Toda aquella información adicional que determine la Secretaría
- VI. El Registro contará adicionalmente, con un rubro específico para la información a que se refiere el Capítulo II del Título Tercero de la Ley General para la Detención Oportuna del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.

Artículo 162.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por accidente el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Artículo 163. La acción en materia de prevención y control de accidentes comprende:

- I. El conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes;
- II. La adopción de medidas para prevenir accidentes;

- III. El desarrollo de investigación para la prevención de los mismos;
- IV. El fomento, dentro de los programas de educación para la salud, de la orientación a la población para la prevención de accidentes;
- V. La atención de los padecimientos que se produzcan como consecuencia de ellos, y
- VI. La promoción de la participación y capacitación de la comunidad en la prevención y primeros auxilios de accidentes.

Artículo 166

- 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 aquéllas 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;
- VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y
- VIII. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

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.

Artículo 167.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 187.- En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La

coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y;
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

Artículo 194.- Para efectos de este título, se entiende por control sanitario, el conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerce la Secretaría de Salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores, en base a lo que establecen las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones aplicables.

Artículo 199.- Corresponde a los Gobiernos de las Entidades Federativas ejercer la verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento, basándose en las normas oficiales mexicanas que al efecto se emitan.

Artículo 217.- Para los efectos de esta Ley, se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Cualquiera otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida.

Artículo 222.- La Secretaría de Salud sólo concederá la autorización correspondiente a los medicamentos, cuando se demuestre que éstos, sus procesos de producción y las sustancias que contengan reúnan las características de seguridad, eficacia y calidad exigidas, que cumple

con lo establecido en esta Ley y demás disposiciones generales, y tomará en cuenta, en su caso, lo dispuesto por el artículo 428 de esta Ley.

Artículo 257.- Los establecimientos que se destinen al proceso de los productos a que se refiere el Capítulo IV de este Título, incluyendo su importación y exportación se clasifican, para los efectos de esta ley, en:

- I. Fábrica o laboratorio de materias primas para la elaboración de medicamentos o productos biológicos para uso humano;
- II. Fábrica o laboratorio de medicamentos o productos biológicos para uso humano;
- III. Fábrica o laboratorio de remedios herbolarios;
- IV. Laboratorio de control químico, biológico, farmacéutico o de toxicología, para el estudio, experimentación de medicamentos y materias primas, o auxiliar de la regulación sanitaria;
- V. Almacén de acondicionamiento de medicamentos o productos biológicos y de remedios herbolarios;
- VI. Almacén de depósito y distribución de medicamentos o productos biológicos para uso humano, y de remedios herbolarios;
- VII. Almacén de depósito y distribución de materias primas para la elaboración de medicamentos para uso humano
- VIII. Droguería: El establecimiento que se dedica a la preparación y expendio de medicamentos magistrales y oficinales, además de la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquéllas que contengan estupefacientes y psicotrópicos y otros insumos para la salud;
- IX. Botica: El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquéllas que contengan estupefacientes y psicotrópicos o demás insumos para la salud;
- X. Farmacia: El establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquéllas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general, así como productos cosméticos, y productos de aseo;
- XI. Establecimientos destinados al proceso de medicamentos para uso veterinario,
y

XII. Los demás que determine el Consejo de Salubridad General.

Artículo 269. Para los efectos de esta Ley, se consideran productos cosméticos las sustancias o formulaciones destinadas a ser puestas en contacto con las partes superficiales del cuerpo humano: epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos, o con los dientes y mucosas bucales con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, ayudar a modificar su aspecto, protegerlos, mantenerlos en buen estado o corregir los olores corporales o atenuar o prevenir deficiencias o alteraciones en el funcionamiento de la piel sana.

No se considerará producto cosmético una sustancia o mezcla destinada a ser ingerida, inhalada, inyectada o implantada en el cuerpo humano. La secretaría dará a conocer mediante Acuerdo o listados todas aquellas sustancias restringidas o prohibidas para la elaboración de productos cosméticos. En la elaboración de productos cosméticos se podrán utilizar de manera inmediata aquellas sustancias que hayan sido evaluadas y aprobadas por la Secretaría, independientemente de su posterior inclusión en el Acuerdo o listados para uso general.

Artículo 272 Bis.- Para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren de:

- I. Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.
- II. Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo a la Lex Artis Ad Hoc de cada especialidad, expedido por el Consejo de la especialidad según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la presente Ley.

Los médicos especialistas podrán pertenecer a una agrupación médica, cuyas bases de organización y funcionamiento estarán a cargo de las asociaciones, sociedades, colegios o federaciones de profesionales de su especialidad; agrupaciones que se encargan de garantizar el profesionalismo y ética de los expertos en esta práctica de la medicina.

Artículo 273.- Para los efectos de esta Ley, se consideran productos de aseo, independientemente de su estado físico, las sustancias destinadas al lavado o limpieza de objetos, superficies o locales y las que proporcionen un determinado aroma al ambiente.

Artículo 282 bis.- Para los efectos de esta Ley, se consideran productos biotecnológicos, aquellos alimentos, ingredientes, aditivos, materias primas, insumos para la salud, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas, y sus desechos, en cuyo proceso intervengan organismos vivos o parte de ellos, modificados por técnica tradicional o ingeniería genética.

Artículo 283.- Corresponde a la Secretaría de Salud el control sanitario de los productos y materias primas de importación y exportación comprendidos en este Título, incluyendo la identificación, naturaleza y características de los productos respectivos.

Artículo 300.- Con el fin de proteger la salud pública, es competencia de la Secretaría de Salud la autorización de la publicidad que se refiera a la salud, al tratamiento de las enfermedades, a la rehabilitación de las personas con discapacidad, al ejercicio de las disciplinas para la salud y a los productos y servicios a que se refiere esta Ley. Esta facultad se ejercerá sin perjuicio de las atribuciones que en esta materia confieran las leyes a las Secretarías de Gobernación, Educación Pública, Economía, Infraestructura, Comunicaciones y Transportes y otras dependencias del Ejecutivo Federal.

Artículo 313. Compete a la Secretaría de Salud:

1. El control y la vigilancia sanitarios de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, en los términos establecidos por esta Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables;
2. La regulación sobre cadáveres, en los términos de esta Ley;
3. Establecer y dirigir las políticas en salud en materia de donación, procuración y trasplantes de órganos, tejidos y células, para lo cual se apoyará en el Centro Nacional de Trasplantes, y en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea;
4. Emitir las disposiciones de carácter general que permitan la homologación de los criterios de atención médica integral en la materia, y
5. Elaborar y llevar a cabo, en coordinación con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud y con los gobiernos de las entidades federativas, campañas permanentes de concientización sobre la importancia de la donación de órganos,

tejidos y células para fines de trasplantes, así como de sangre y sus componentes para efectos de transfusiones y otros usos terapéuticos.

Artículo 320.- Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente Título.

Artículo 321.- La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres, consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

Artículo 330.- Los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

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.

Artículo 348.- La inhumación, cremación o desintegración de cadáveres sólo podrá realizarse con la autorización del oficial del Registro Civil que corresponda, quien exigirá la presentación del certificado de defunción.

Los cadáveres deberán inhumarse, cremarse, desintegrarse, embalsamarse y/o conservarse dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público, o de la autoridad judicial. Para el caso de cadáveres de personas no identificadas se estará a lo dispuesto en la Ley General en materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición cometida por Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas.

Artículo 360.- Cuando así lo estime conveniente la autoridad sanitaria, someterá a examen médico a cualquier persona que pretenda entrar al territorio nacional.

Artículo 376.- Requieren registro sanitario los medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y productos que los contengan; los dispositivos médicos con excepción de aquellos determinados como de bajo riesgo y que no requieran registro sanitario por la autoridad sanitaria, así como los plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas.

Artículo 389.- Para fines sanitarios se extenderán los siguientes certificados:

- I. Prenupciales; I Bis. De nacimiento;
- II. De defunción;
- III. De muerte fetal

Artículo 402.- Se consideran medidas de seguridad las disposiciones que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que, en su caso, correspondieren.

Artículo 416.- Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

2.5 Ley de profesiones del estado de Chiapas

Artículo 1º.- La presente Ley es reglamentaria del artículo 5º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en lo relativo al ejercicio profesional en el Estado de Chiapas. Sus disposiciones son de orden público e interés social, y tiene por objeto regular el ejercicio profesional en la entidad, en asuntos del orden común.

Para lo no previsto por esta Ley, se aplicará supletoriamente, lo dispuesto por el Código Civil, Código de Procedimientos Civiles, Código Penal, Código de Procedimientos Penales, vigentes en el Estado y, por la Ley Federal del Trabajo.

En la presente antología, se mencionan los artículos de mas relevancia, sin embargo, para fines académicos, es necesario tener un contexto de todos los artículos que se encuentran en esta ley.

Artículo 2°.- Esta Ley, se interpretará y aplicará de acuerdo con los siguientes principios de ética profesional:

- a. Honradez,
- b. Honestidad,
- c. Estudio permanente,
- d. Eficiencia,
- e. Cortesía,
- f. Probidad,
- g. Independencia,
- h. Discreción
- i. Equidad en el cobro de honorarios,
- j. Puntualidad; y,
- k. Solidaridad.

En caso de conflicto entre los intereses individuales de los profesionistas y los de la sociedad en general, la presente Ley, será interpretada a favor de esta última, si no hubiere precepto expreso para resolver el conflicto en la presente Ley, a excepción de aquellas conductas que estén tipificadas como delito en la legislación correspondiente.

Artículo 3°.- La presente Ley tiene por objeto: I. Establecer los requisitos que deben cumplirse para ejercer las profesiones que requieren título y cédula profesional; II. Regular a las instituciones facultadas para expedir títulos; III. Establecer las funciones del Órgano del Gobierno del Estado, encargado de la política educativa en materia del ejercicio profesional; IV. Crear el Registro Profesional Estatal; V. Normar la intervención de los colegios de profesionistas e instituir el Registro Estatal de Colegios Profesionales; VI. Establecer las funciones del Consejo de Profesiones; VII. Regular a la Comisión; VIII. Determinar

mecanismos de certificación profesional; IX. Fijar las condiciones y requisitos para la prestación de servicio social; y, X. Establecer el procedimiento para realizar visitas de inspección, y las sanciones correspondientes por las infracciones que se cometan en materia de profesiones.

Artículo 4º.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:

- I. Acta de Examen Profesional.- Documento que acredita haber terminado los estudios profesionales necesarios, y haber aprobado el examen profesional correspondiente.
- II. Cédula Profesional.- Documento expedido por la Dirección General de profesiones, con efectos de patente, que valida el registro del título profesional respectivo, y que será tramitada en la Unidad Administrativa a solicitud de parte interesada, previo pago de derechos.
- III. Certificación Profesional.- Acto mediante el cual un profesionista se somete a un proceso de evaluación para hacer constar públicamente, que posee los conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer su profesión, especialidad o grado académico, por un período determinado.
- IV. Colegio de Profesionistas.- Asociación Civil integrado por profesionistas titulados, con cédula profesional con efectos de patente y registro profesional estatal
- V. Comisión.- A la Comisión de Fomento a la Calidad de la Educación Superior. Es el órgano consultor que se encargará de coadyuvar con los organismos certificadores propuestos o reconocidos por alguno de los colegios de cada rama profesional de acuerdo a su normatividad interna.
- VI. Consejo de Profesiones.- Órgano de consulta, opinión y coordinación, coadyuvante en la vigilancia y superación del ejercicio profesional.
- VII. Diplomado de Especialidad.- Documento que acredita estudios de especialidad, posteriores a la obtención del título profesional.
- VIII. Ejercicio Profesional.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio profesional, al acto realizado a título oneroso o gratuito, o a la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aún de simple consulta o de la ostentación del carácter de profesionista por cualquier medio publicitario, salvo

cualquier acto realizado en casos graves con el propósito de auxilio inmediato que no se considerará como ejercicio profesional.

- IX. Grado Académico de Maestría o Doctorado.- Documento que acredita estudios posteriores a la obtención de la licenciatura; título profesional, de maestría o doctorado.
- X. Servicio Social.- Es el trabajo de carácter temporal, individual o colectivo; mediante, o sin retribución, que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el estado.
- XI. Título Profesional.- Documento expedido por instituciones educativas con validez oficial, que formen parte del sistema educativo Nacional o Estatal, a favor de las personas que han concluido los estudios de educación media superior y superior en sus diferentes niveles.

Artículo 6°.- Las profesiones que requerirán para Ejercer en el Estado de Chiapas, título y cédula profesional debidamente registrados ante la Unidad Administrativa, son las que se imparten en las instituciones de educación media superior y superior, pertenecientes al Sistema Educativo Nacional, al Sistema Educativo Estatal, y reconocidas por la Secretaría de Educación del Estado, así como, en el caso de los extranjeros, que cumplan con los requisitos establecidos en los ordenamientos reglamentarios del artículo 5°, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y los tratados o convenios internacionales.

Artículo 14.- Los documentos que expidan las instituciones de educación superior a que se refiere el artículo 6°, de esta Ley en favor de las personas que comprueben haber realizado los estudios correspondientes, haber aprobado los exámenes, y haber prestado el servicio social estudiantil, que los faculten para ejercer alguna o algunas de las profesiones autorizadas, serán los siguientes:

- I. Constancia o Carta de Pasante;
- II. Acta de Examen Profesional;
- III. Título Profesional; IV. Diploma de Especialidad; y,
- IV. Grado Académico de Maestría o Doctoral. Los documentos a que se refiere este artículo, son probatorios de la calidad del profesionista.

Artículo 27.- Toda persona a la que se le haya expedido título profesional, tendrá un plazo de dos años, a partir de la fecha de expedición, para tramitar su cédula de ejercicio profesional con efectos de patente, ante la Unidad Administrativa, previo pago de los derechos correspondientes. El trámite podrá realizarse en forma individual, o por conducto de las Instituciones de Educación Pública o privada, de acuerdo a la normatividad de la Dirección General de Profesiones.

Artículo 31.- Al profesionista que ejerza en esta Entidad Federativa, cualquiera de las profesiones a que se refiere el artículo 6°, de esta Ley, sin haber obtenido el registro de sus documentos y cédula profesional, se hará acreedor, en la primera ocasión a una amonestación por escrito, pasado 60 días, se hará acreedor a un apercibimiento con una multa de 75 días de salario mínimo vigente en el Estado, pasado 30 días, se turnará su caso a las autoridades que correspondan. Conforme a lo dispuesto en el Título Séptimo de esta Ley.

Artículo 34.- Las instituciones autorizadas para la expedición de títulos profesionales, diplomas de especialidad y grados académicos válidos en el Estado, dentro del País, o fuera de él, serán; las Instituciones de Educación Profesional, pertenecientes al Sistema Educativo Nacional, al Sistema Educativo Estatal, y registradas en la Unidad Administrativa.

Artículo 58.- Los profesionistas que ofrezcan sus servicios profesionales al público en general, en las oficinas o despachos respectivos, deberán exhibir de manera permanente y a la vista del público: copia legible del título profesional, diploma de especialidad o grado académico, según sea el caso, así como, de la cédula con efectos de patente y registro profesional estatal. De igual manera, deberán indicar en la documentación que expidan, en su papelería y en su publicidad, el número de cédula con efectos de patente y registro profesional estatal que los faculte para ejercer la profesión que ostenten.

Artículo 59.- El profesionista está obligado a poner sus conocimientos científicos y técnicos al servicio de su cliente, en el desempeño del trabajo convenido y realizarlo con ética profesional.

Artículo 63.- Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto y reserva de los asuntos que le son conferidos por su cliente.

Artículo 64.- Los profesionistas, están dispensados de la obligación de guardar el secreto profesional, sólo en los siguientes casos:

- I. Cuando expresamente sean autorizados por los usuarios;
- II. Cuando sean objetos de un ataque grave e injustificado de su cliente y requiera revelar información para su defensa; y,
- III. Cuando exista orden judicial escrita debidamente fundada y motivada en la ley, y sólo que el caso amerite necesariamente violar el secreto profesional.

Artículo 68.- Los profesionistas estarán obligados a reparar los daños y perjuicios causados indebidamente a quienes presten el servicio directamente, por falta de conocimiento de la profesión o especialidad ejercidas, por negligencia, falta de cuidado, impericia y por la de sus auxiliares cuando éstos obren en cumplimiento de las instrucciones y supervisión de aquéllos, en los términos previstos en esta ley, previa sentencia definitiva emitida por la autoridad judicial en el Estado, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran. En el caso de las responsabilidades civiles y penales de los profesionales extranjeros, tendrán obligaciones subsidiarias sus contratantes.

Artículo 103.- La Certificación y Recertificación Profesional en el Estado de Chiapas tendrá como objetivos principales:

- I. Evaluar los conocimientos, habilidades y destrezas en un tiempo determinado, de los Profesionistas que ejercen en la Entidad;
- II. Incrementar el nivel de la calidad de los servicios que prestan los profesionistas a los chiapanecos;
- III. Mantener el nivel competitivo de los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionistas que ejercen en el Estado; y,
- IV. Estimular la vida académica de los Colegios de Profesionistas y las Instituciones de Educación Superior.

Actividad áulica 4

Realiza un mapa conceptual de los artículos mas relevantes para ti, respecto a la constitución política de los estados unidos mexicanos, la ley general de salud y la ley para el ejercicio de profesiones del estado de Chiapas, agregando las características principales de dichos artículos.

Fuentes bibliográficas segunda unidad

- Consejo general de colegios oficiales de médicos, (2022). “Código de deontología médica”. OMC; Madrid
- Consejo general de colegios oficiales de médicos, (2011). “Código de deontología médica”. OMC; Madrid
- Santacruz, A. (2015). “Código de ética y deontología médica”. Colegio Mexicano de urología nacional; México
- Ley General de Salud, Última reforma 03-01-24. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. “Ley General de Salud”, 14 de junio de 1992
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última reforma 22-03-24. Secretaría general. “Constitución política de los estados unidos mexicanos” (1917).

Unidad III

3. Códigos de bioética

3.1 Secreto profesional

El secreto profesional es un tema apasionante y siempre de actualidad, pues atañe prácticamente a todo profesional a quien, directa o indirectamente, se hacen de su conocimiento hechos o acciones cuya revelación podría causar un perjuicio real o un justificado disgusto a la persona misma o a sus familiares.

El secreto médico se define en general como la regla de deontología que impone la obligación de discreción a todo individuo que, debido a su función, es depositario de informaciones. Esta obligación no cubre solamente confidencias, sino también los hechos descubiertos en el ejercicio o en el marco del ejercicio de su profesión. Por extensión, inclusive fuera del ámbito de prescripción especial, cada persona está obligada al secreto por el sólo hecho de su colaboración con una institución de salud o de servicios sociales.

La etimología nos remite al latín secretum (Lo que debe ser guardado en reserva), es la obligación jurídica y el deber moral de los profesionales del arte de curar de guardar silencio sobre todo aquello que vieron, oyeron, descubrieron ó realizaron durante el ejercicio de su profesión. Lo constituye una promesa de silencio singular integrada en la práctica de la medicina desde hace miles de años. Los hechos ó acciones que llegan al conocimiento de una persona con motivo de su profesión, en forma directa ó indirecta están contenidos dentro de lo que se conoce como secreto profesional.

El secreto profesional es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia, obliga al médico aun después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al médico, sino lo que él vea y conozca, directa o indirectamente, sobre el proceso patológico y su vida, extendiéndose a su familia.

Desde la antigüedad, el secreto profesional ha sido considerado esencial para el ejercicio de la medicina. Hipócrates en su célebre juramento dice que para el médico es una obligación moral: “todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo viere u oyere, que no deba divulgarse, lo consideraré

absolutamente como un secreto”. Luego en el transcurso del desarrollo de la ciencia médica todos los códigos y normas de ética hacen notar la importancia de guardar el secreto profesional.

La Asociación Mundial de Médicos en su declaración de Ginebra de 1948 recomienda especialmente que el médico debe respetar los secretos que le sean confiados. El Código de la Asociación Médica Americana declara: La confidencia nunca debe ser revelada, a no ser que la ley lo exija o sea necesario para proteger el bienestar de los individuos o de las comunidades. El Código Internacional de Ética Médica reitera que el médico debe preservar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia. Desde el punto de vista moral existen tres clases de secretos: a) el secreto natural, b) el secreto prometido y c) el secreto confiado:

- a) Secreto natural: es independiente de todo contrato, se extiende a todo lo que, ya sea descubierto por casualidad, por investigación personal o por confidencia, y no puede divulgarse. Aunque el depositario del secreto no haya prometido guardar sigilo, ni antes ni después de habersele manifestado el hecho o de haberlo descubierto, está obligado a callar, en virtud del precepto moral que prohíbe perjudicar o disgustar a los demás sin motivo razonable.

La obligación tiene límites: en el secreto natural, es lícito a veces y aun puede ser moralmente necesario, manifestar las faltas secretas, los defectos ocultos que constituyen, las más de las veces, el objeto del secreto natural. Ésta puede ser a veces, no sólo legitimada sino exigida por el bien público, e incluso por el bien particular. Se está obligado a guardar el secreto a menos que una causa justa permita descubrirlo.

- b) Secreto prometido: nace de un contrato, de la promesa de guardar silencio después de haber conocido el hecho, ya sea por casualidad, por investigación personal o por confidencia espontánea o provocada. Un mismo secreto puede ser a la vez natural y prometido. Será natural cuando la cosa de suyo requiera sigilo, pero si además va acompañado de una promesa, también será prometido.

En el secreto prometido los límites de la obligación o las causas acusantes habrá que buscarlas en la misma naturaleza de la simple promesa, la cual es gratuita y cuyo objeto debe ser lícito y posible. Si se descubre que el hecho que se prometió guardar no es lícito, la promesa es nula. O cuando su depositario no puede guardarlo sin

exponerse personalmente a un grave perjuicio. Deja de obligar el secreto prometido e incluso se convierte en ilícito, cuando su revelación es exigida por el bien común o por el bien de una tercera persona.

- c) Secreto confiado: también dimana de una promesa explícita o tácita hecha antes de recibir la confidencia de lo que se oculta. Se le comunica que previamente ha prometido, expresa tácitamente por la razón de su oficio o al menos de las circunstancias, guardar silencio, y le es participado lo que se mantenía oculto, añadiendo que se le revela confiado en su promesa bajo el sello del secreto.

El secreto pasa entonces a ser estrictamente confidencial o profesional; confidencial, cuando la confidencia se ha hecho a un hombre que está obligado por razón de su oficio a prestar ayuda o a dar consejo. Profesional cuando se ha confiado, ya de palabra, ya en sus acciones, a un hombre a quien su profesión obliga a asistir a los demás con sus consejos o cuidados, por ejemplo: abogado, contador, médico, sacerdote, consejeros de oficio.

En las confidencias hechas al médico, casi nunca se hace una petición expresa del secreto. El paciente refiere una serie de aspectos en relación a su enfermedad, algunas veces en forma espontánea y otras por el interrogatorio intencionado; también es frecuente que dé a conocer situaciones, hechos y acciones que no tienen relación con su padecimiento, pero que siente la necesidad de que el médico las conozca, ya sea porque lo considera como confidente y consejero, ya sea porque piensa que pueden tener relación con su enfermedad o bien porque se siente aliviado al darlas a conocer.

La obligación por parte del médico a guardar el secreto se funda por entero en un doble hecho, completamente legítimo: en primer lugar, el haber abrazado la profesión de la medicina, la cual exige en nombre del bien particular de los enfermos y en general de la sociedad el secreto más riguroso; y en segundo el ejercer su profesión en beneficio de determinado enfermo, ejercicio que implica esencialmente la promesa tácita de guardar reserva.

El secreto profesional, tiene sus justificantes, La primera justificación es la de dar confianza al paciente, que es fundamental en la relación médico-paciente; éste debe estar seguro de que puede confiar su intimidad a una persona la cual va a revelar lo no conocido. La segunda justificación es la de no producir daño al paciente. Al revelarse el secreto profesional se puede producir daño moral o físico a su persona y familia, puede ocasionar males

económicos y/o sociales fácilmente irreparables. La tercera justificación es el derecho que el paciente tiene a su privacidad.

Ahora bien, pasando a las faltas del secreto profesional, las mas comunes son las siguientes;

- a) por averiguación indiscreta: El médico puede y debe informarse, por todos los conductos lícitos y con gran prudencia, de los antecedentes de sus enfermos y especialmente de los que considera importantes. Sin embargo, puede hacer averiguaciones indiscretas, imprudentes y/o ilícitas de los antecedentes personales o patológicos del paciente, que descubren a un tercero un pasado que había que mantener en secreto, o hacen que otros entren en sospecha sin necesidad.
- b) por revelación directa: Cuando el médico, aun sin tener intención de perjudicar sino solamente la de revelar el caso, da a conocer voluntariamente un hecho de carácter médico cuya revelación puede ser nociva, puede causar perjuicio moral, material o una justificada molestia a los interesados.
- c) por revelación indirecta: . Es cuando no se menciona explícitamente el nombre del enfermo, pero se le expone a ser identificado, con gran perjuicio o disgusto de su parte, es decir, cuando la descripción contiene ciertos detalles que permiten reconocerlo
- d) por utilización injustificada del conocimiento adquirido: En la cual se viola el secreto profesional cuando, sin manifestar el hecho de carácter médico o personal del enfermo, se sirve indebidamente del conocimiento para ir contra los intereses de su paciente, con buena o mala fe.

La conducta del médico ante el secreto profesional nos dice que tiene la obligación de guardar el secreto médico, en caso de duda sobre revelar o no el secreto médico, siempre hay que guardarlo, cuando haya que manifestar un secreto médico, debe hacerse siempre con prudencia, no revelando mas que lo necesario, y cuando debe revelarse un secreto médico, será prudente consultar con personas de solvencia moral dentro de la profesión.

El prestigio de un médico se debe en gran parte a su seriedad, a su discreción y actitud honesta y ponderada ante un problema de carácter profesional. El secreto en el ejercicio de la medicina garantiza la confianza que debe inspirar la profesión y quien la ejerce, y asegura el honor y la tranquilidad de los enfermos y sus familiares.

3.2 Honorarios médicos

La reflexión ética sobre los honorarios médicos presenta hoy una gran complejidad, tanto por las múltiples variables del mismo acto médico, como por las paradojas de la sociedad y la cultura actual.

En una economía de mercado global, en que las telecomunicaciones han roto las fronteras entre los pueblos, generando una sociedad ideológicamente pluralista, en la que encontramos concepciones materialistas, en sus diversas acepciones y otras espiritualistas extremas y excéntricas, de corte naturalista panteísta y por tanto finalmente materialistas; resulta difícil abordar el aspecto ético del acto médico en su dimensión económica (o de uso y administración de los bienes materiales).

Cuestión que se complica aún más en un sistema mixto de intervención pública y privada, ligado a la actividad económico-financiera de particulares, de partidos y entidades estatales, en los que queda implicada la medicina y por ende la persona del médico. Desde otra perspectiva, el vertiginoso avance científico-tecnológico, exige del médico una continua actualización no sólo de sus conocimientos y destrezas, ante una especialización que para evitar ser desintegradora llama a la medicina de equipo y para la que el acceso a las nuevas tecnologías requiere inversiones económicas.

Una amplia y profunda reflexión de la situación del mundo de hoy, nos permitirá, en líneas generales, comprender las raíces de esta crisis con una visión a la vez realista y esperanzadora. "La medicina, tanto a nivel de ciencia como a nivel de profesión médica, puede constituir el "lugar" privilegiado para dar respuesta a la nueva demanda ética que emerge en la sociedad contemporánea.

La técnica, la economía y la ciencia significan un paso gigantesco en cuanto se refiere a la cultura y a la civilización humana, pero no se debe olvidar que la actividad humana, así como procede del hombre así también se ordena al hombre, pues éste con su acción no sólo transforma las cosas y la sociedad, sino que se perfecciona a sí mismo: aprende, desarrolla sus habilidades y potencialidades intelectuales, se supera y se trasciende en el servicio y apertura a los demás.

"Para que el hombre lleve una vida digna -escribe Santo Tomás de Aquino- se precisan dos cosas: la primera y principal es obrar virtuosamente, ya que la virtud es aquello por lo que

se vive rectamente; la segunda, secundaria y como instrumental, es la suficiencia de los bienes materiales. cuyo uso es necesario para la práctica de la virtud".

El economismo de nuestra sociedad está también presente en la práctica médica, en un consumismo farmacológico y quirúrgico coordinado por fabricantes y distribuidores de equipo y productos médicos o de otras áreas sanitarias que aplicando estrategias comerciales otorga comisiones a los médicos. Esto no pretende ser peyorativo para los proveedores de equipo, instrumental o servicios diagnósticos o terapéuticos, quienes al generar un valor económico agregado, tienen todo el derecho de obtener utilidades por su esfuerzo y los frutos de su investigación, pero sí llamar su atención hacia su deber solidario, de promoción humana y social que los animen a encontrar caminos alternativos, que beneficien más integralmente al enfermo y al médico y eviten a un tiempo la corrupción del acto médico.

La economía se refiere de manera directa a cosas de carácter material, su objetivo inmediato y propio es hacer que estas cosas resulten aprovechadas hasta el máximo. No sólo nos vemos en la necesidad de utilizar medios materiales, sino de administrarlos de manera económica, pero esta administración, aunque recae sobre lo material, por ser una actividad de nuestro espíritu es a su vez un quehacer espiritual.

En la medicina actual el médico se ve en la necesidad de adquirir, utilizar y administrar medios materiales, de muy alto costo, de manera económica. La cuestión de la rentabilidad de los medios al servicio de la medicina es una cuestión ética, de responsabilidad, para la que el médico debe prepararse profesionalmente, como inversionista, empresario y administrador.

el acto médico es un convenio o acuerdo en que el paciente se pone en las manos del médico con la expectativa de restablecer la salud dañada y el médico solicita una remuneración a cambio de su servicio y de su ciencia. Para establecer la cuantía de tal remuneración el médico toma como referencia la actuación de otros médicos honorables, las posibilidades económicas del paciente, la complejidad y riesgo de la intervención, el tiempo dedicado, el costo del material utilizado o la amortización del equipo en que ha invertido.

El consentimiento informado del paciente y la seriedad y respeto a lo convenido por parte del médico, son los elementos esenciales de este convenio o contrato: "En el ejercicio privado de la medicina es un principio general, que en materia de honorarios debe haber un acuerdo entre el médico y el paciente. Es un contrato cualificado, que debe ser flexible, porque el médico debe estar abierto a todos.

Es un contrato cualificado porque afecta a la dignidad de la persona, a la fraternidad entre los hombres, y porque está regulado por ese dominio soberano que sólo Dios tiene sobre la vida y el destino de cada persona.

No basta pues que haya un acuerdo entre médico y paciente, para que el acto médico sea éticamente bueno. Es necesario que el contenido de dicho acuerdo respete la dignidad humana de la persona del paciente y también del médico. Mal sería para un médico cuantificar su prestación en términos de solo provecho material, como para el paciente comprar la prestación para fines ilícitos.

La retribución debida al acto médico, que es en si mismo eminentemente humano, interpersonal, no se fundamenta en un intercambio de bienes materiales, que lo harían objeto de comercio, queda abierta la cuestión de como y en base a que justificarla. La palabra "honorarios" se aplica a la retribución que se da por sus servicios a los que ejercen una profesión de las que se consideran honorables, y lo son por el especial servicio que prestan a los más altos valores del espíritu.

"Honra al médico", nos dice el Eclesiástico (XXXVIII,1): y es evidente que ese honor le es debido por el beneficio de la salud y de la vida de la que es invaluable. Los servicios del médico no tienen precio, no hay forma de encontrar equivalencia entre el bien de la salud que el médico procura al enfermo y el valor material del dinero. Es por eso que a la retribución debida la llamamos honorarios, porque honran a quién los da y muestran el honor que el médico merece.

Video complementario



https://www.youtube.com/watch?v=p_zcxm7Zezo

Comités hospitalarios de bioética y comisión de arbitraje medica para el estado de Chiapas

La Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud; cuenta con autonomía técnica y operativa lo que le permite ser una instancia rectora y normativa, además de un referente en el estudio de los temas bioéticos, tanto en el ámbito nacional, como en el plano internacional. Este órgano responde a la necesidad de la sociedad mexicana, en su carácter plural y democrático, de contar con una instancia que promueva la comunicación, el diálogo y la reflexión entre los distintos actores sociales, así como entre éstos y el Estado para analizar y discutir los problemas éticos, legales y sociales que se expresan en muy distintos dilemas bioéticos que nos afectan como sociedad.

La Comisión Nacional de Bioética inició su trayectoria el 30 de Marzo de 1992, cuando el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, entonces Secretario de Salud, planteó en el seno del Consejo de Salubridad General la creación de un área que se ocupara de analizar, reflexionar y marcar pautas éticas de actuación, frente a los dilemas que el desarrollo de la ciencia y la tecnología suscitaron al final del siglo pasado, ello a iniciativa del Dr. Manuel Velasco Suárez, célebre médico mexicano, preocupado por la búsqueda de mecanismos institucionales de reflexión bioética.

En el ámbito de la medicina se presentan de manera frecuente algunos dilemas que derivan de la prestación de servicios médicos y que representan caminos disruptivos para la toma de decisiones, es por ello que muchos de los cuestionamientos que de ello se desprenden, deben ser abordados por el personal de salud desde una perspectiva humana, centrada en el paciente.

La bioética interviene en beneficio de las personas, velando por la dignidad de las mismas y respetando sus derechos humanos mediante un trato digno hacia los pacientes, en las siguientes líneas se mencionan de manera resumida los antecedentes principales que dieron origen a la bioética y su aplicación.

La evolución de las relaciones entre medicina y ética es comprensible y se justifica en la medida en que la biomedicina no ha dejado de desarrollarse con finalidades preventivas, curativas y paliativas², por este motivo, sumado a la identificación de cierto desapego a los principios éticos en la prestación de servicios de atención médica y con el propósito de identificar puntos de encuentro entre la bioética y la práctica médica, surgieron los Comités Hospitalarios de Bioética, en la segunda mitad del siglo XX, con el objetivo de analizar los dilemas bioéticos que se presentan en la práctica de la medicina.

A nivel internacional el actuar de los CHB se ha diseminado notable y creativamente, denominándose de formas distintas, pero con el mismo objetivo de sembrar a la bioética como una herramienta de análisis en apoyo a la toma de decisiones.

En México se formalizó la integración e instalación de los Comités Hospitalarios de Bioética³ en diciembre de 2011, a través de la adición del artículo 41 Bis a la Ley General de Salud, definiéndoles primeramente como un espacio de análisis, reflexión y estudio de los procesos de atención médica, concebidos como un cuerpo colegiado, con competencia profesional así como alta solidez científica y técnica, debiéndose integrar y funcionar en establecimientos de atención médica de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento.

A través del seguimiento anual que realiza la Comisión Nacional de Bioética a los CHB, se ha identificado que los mismos se integran por personas de distintas profesiones, además del representante de la comunidad, dotándoles de un carácter multidisciplinario. Asimismo, y como resultado del análisis y deliberación de los casos puestos a su consideración, emiten recomendaciones que en ningún momento pueden sustituir la responsabilidad de los

médicos tratantes hacia los pacientes ni imponerse a sus decisiones; es decir su carácter es únicamente consultivo.

Asesoran no solo al personal de salud sino también al paciente, sus familiares y directivos del establecimiento, como apoyo en la toma de decisiones, son considerados como uno de los mecanismos a través de los cuales la bioética se expresa en beneficio de los pacientes.

Además, estos comités fomentan el respeto a los derechos humanos, reconocen la dignidad de los individuos, promueven la educación en materia de bioética del personal de salud, favorecen el respeto de la autonomía de los pacientes mediante el proceso de consentimiento informado, entre otras acciones que coadyuvan a la mejora de la calidad de la atención en salud.

En razón de, la Comisión Nacional de Bioética ha registrado desde el 2013 hasta el 2019, 1023 Comités Hospitalarios de Bioética en todo el país, que se encuentran funcionando en establecimientos de atención médica públicos, sociales y privados. Entre otros motivos, el registro tiene la finalidad de homologar sus criterios de funcionamiento y apoyar su operación, siendo que plantear y resolver cuestiones bioéticas es complejo y requiere un análisis y acercamiento plural de los involucrados.

El actuar de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) fomenta la conciencia y participación de la sociedad en el análisis de los dilemas bioéticos, de tal manera que se pretende escuchar todas las posturas y las distintas morales. A través de la bioética los CHB, procuran plantear y analizar todas las aristas de un caso en la dimensión ética que corresponda, definiendo si no las respuestas, al menos un acercamiento a alguna de las respuestas, considerando las cuestiones relacionadas a los valores del individuo y sociedad, así como las normas de cumplimiento obligatorio.

Para fomentar un funcionamiento homologado de los CHB a nivel nacional, los criterios emitidos por la Comisión Nacional de Bioética contemplan el desarrollo de tres funciones sustantivas para estos comités, tales como: la función educativa, la cual implica a realizar actividades que ayudan a los miembros de la comunidad institucional a incorporar información, conocimiento y conductas vinculadas con aspectos bioéticos, la función orientadora, provee a la comunidad instrumentos para identificar dilemas bioéticos, fomenta la adecuada relación del personal de salud con los pacientes, propiciando el proceso de diálogo y consentimiento informado, y por último la función consultiva;

mediante la cual las solicitudes para revisión de casos con dilemas bioéticos presentadas por personal de la salud, pacientes, familiares o representantes legales, son analizadas.

Es relevante e indispensable que las actividades del Comité Hospitalario de Bioética (CHB) sean documentadas, de tal manera que, independientemente de la rotación o cambio de sus integrantes, se promueva un proceso estructurado y homologado para recibir, analizar, emitir y dar seguimiento a las recomendaciones de los casos puestos a su consideración. En este sentido, se contempla en la Guía de CHB (2015) que los comités deberán contar con un reglamento interno y procedimientos operativos que establezcan la forma en que se conducirán en el establecimiento, incluyendo las metodologías o mecanismos de apoyo en el análisis de casos.

En el análisis de casos, el punto de partida es identificar si el caso puesto a su consideración tiene un dilema bioético, el cual se define como “conflicto de valores o creencias, que resulta de una situación en la que la elección de un bien, inevitablemente, conlleva la pérdida de otra opción. Este conflicto surge cuando hay dos o más opciones que pueden ser no sólo distintas entre sí, sino incluso opuestas” (Diego Gracia).

Algo muy importante, es el apoyo que reciben los comités por parte de las autoridades de la institución, y debe de sesionar en forma ordinaria al menos 6 veces al año, en forma extraordinaria en cualquier momento a solicitud de su presidente o cuando soliciten la mayoría de sus integrantes. El comité sesionará ordinariamente de acuerdo con las necesidades y las cargas de trabajo del establecimiento, así como de conformidad con los criterios establecidos en los lineamientos del comité.

Temas más frecuentes referidos en las solicitudes de casos

Tema 1.0 Cuidados paliativos.
Tema 2.0 Interrupción del embarazo.
Tema 3.0 Casos de pacientes no competentes para tomar decisiones.
Tema 4.0 Orientación sobre tratamientos muy costosos y/o de dudosa eficacia.
Tema 5.0 Malformaciones congénitas.
Tema 6.0 Dilemas relacionados a transfusiones en pacientes Testigos de Jehová.
Tema 7.0 Obstinación terapéutica.
Tema 8.0 Revisión de la aplicación del consentimiento informado.
Tema 9.0 No aceptación del tratamiento por el paciente de manera voluntaria.
Tema 10.0 No reanimación cardiopulmonar.

Es importante enfatizar que la intervención del CHB se lleva a cabo a solicitud explícita del personal de salud, el paciente, familiares o representantes legales, posteriormente se analiza el caso desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, plural y laica, favoreciendo el razonamiento y la fundamentación para cada caso en concreto, finalmente formulará recomendaciones por escrito al solicitante, como resultado del análisis y deliberación²³ de sus integrantes. La comunicación de la recomendación del CHB debe incluir al menos lo siguiente:

- Problema planteado al comité.
- Documentos revisados.
- Nombre del solicitante.
- Fecha y lugar de la recomendación emitida.
- Nombre y clave de registro del comité que emitió la recomendación.
- Declaración de la(s) recomendación(es) emitidas.
- Fecha y firma del presidente o del secretario del CHB

Al final se debe resguardar los archivos dentro del establecimiento, la cual es responsabilidad del presidente del comité en turno. En relación con toda la documentación y las comunicaciones del CHB deben fecharse, numerarse y archivarse, de acuerdo con los procedimientos internos y la normatividad aplicable, al respecto el 82% de los CHB reportaron contar con área de archivo.

La normatividad mexicana establece la posibilidad de que, en el caso de los establecimientos que no cuenten con un CHB debido a limitaciones en su infraestructura y personal suficiente para su integración, podrán solicitar apoyo y asesoría de los CHB registrados en el nivel de atención inmediato superior de su propia institución. En caso de no ser posible, deberá contactar a la Comisión Estatal de Bioética o a la Comisión Nacional de Bioética para identificar un comité registrado y adecuado para la revisión del dilema bioético en cuestión.

Comisión de arbitraje médica para el estado de Chiapas

La CECAM es un organismo descentralizado de la administración pública, con personalidad jurídica, patrimonio propio y con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos, dictámenes y laudos. Busca que la substanciación de la queja y de los procedimientos que se sigan ante esta Comisión, se tramiten de manera breve y sencilla, sujetándose a las formalidades esenciales que requieren la integración de los expedientes respectivos, respetando siempre la discreción y la ética médica.

La función de la Comisión consiste en conocer y resolver de manera conciliatoria las quejas en contra de actos, hechos u omisiones, que se susciten dentro del territorio del Estado entre usuarios y prestadores de asistencia médica, particulares o públicos.

Su misión es difundir entre usuarios y prestadores de servicio la información necesaria sobre los derechos y obligaciones de las partes, con el fin de prevenir el conflicto. Ser el medio óptimo para resolver los conflictos que se presenten entre usuarios y prestadores de asistencia médica. Ante una queja, servir de intermediario para una resolución amigable, en un ámbito de respeto, imparcialidad, objetividad, confidencialidad y gratuidad.

Su visión es constituirse en el Centro Estatal de referencia, reconocido por la alta especialización y calidad en el manejo de conflicto entre usuarios y prestadores de asistencia médica

Videos complementarios

Comisión Nacional de Bioética

Comités Hospitalarios de Bioética



Comités Hospitalarios de Bioética

<https://www.youtube.com/watch?v=0FxbqQXQ76A>



<https://www.youtube.com/watch?v=siipzR8sIDk>

Practica 5

Realiza una infografía sobre el trabajo que realiza el comité hospitalario de bioética, así como la comisión de arbitraje medica para el estado de Chiapas.

Fuentes bibliográficas de tercera unidad

- Verástegui, et all. (2013). “Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética 4ta ed”. México
- Cancino, et all. (2019). “Comités de ética y bioética”. Ciudad de la investigación en humanidades; México
- Ochoa & Orozco (1995). “Los honorarios médicos”. Centro de investigaciones en bioética; México.
- García PE. El principio de confidencialidad. Cirugía y Cirujanos. 2011; 33: 137-138
- BELANGER M. (1967), Le secret médical, Actas del Primer Congreso Mundial de Derecho Médico
- Espinosa de los Reyes VM (ed). El secreto profesional. Medicina y Ética 1994: 301-314.

Unidad IV

4. Bioética especial

4.1 Investigación en seres humanos

La investigación científica, compromete terrenos muy vastos del conocimiento y cada uno de ellos determina un ámbito de debate acerca de las perspectivas éticas que deberían establecer qué es lo correcto y qué no lo es. Estos aspectos éticos representan una amplia área temática que se relaciona con la vida misma del hombre, entendida la investigación como una actividad humana que por ello compromete distintas cuestiones de valores.

Por investigación clínica entonces se entiende el proceso de validación de distintas prácticas en la atención de la salud que se realizan en “sujetos humanos”. La validación clínica es entonces la fase experimental que se realiza en seres humanos. El primer código que pretendía establecer criterios de regulación para la investigación en seres humanos, paradójicamente se redactó en Alemania en 1931.

El Código de Nuremberg de 1947, fue el primer código en el que se plantea el derecho del individuo a dar su “consentimiento voluntario” y especifica la dimensión de este punto en tanto sostiene en su Art. I que el sujeto debe gozar de capacidad legal y competencia para realizar una elección libre y estar completa y verazmente informado para llevarla a cabo. En 1948 la Asociación Médica Mundial adaptó a su código de ética los postulados de Nuremberg y los incorporó. En 1953 se establece en EE.UU. a través de los National Institutes of Health, (NIH), (Institutos Nacionales de Salud), que en las clínicas pertenecientes a Bethesda en Maryland, para iniciar una investigación en sujetos humanos, esta deberá ser antes aprobada por un comité responsable²¹.

En el año 1962 se publica el libro “Statistical Methods in clinical and preventive medicine” por Sir Austin Bradford Hill quien plantea los conceptos básicos del ensayo clínico

controlado y propone una teoría lógica y metodológica para la investigación en seres humanos, bases estas del modelo de validación. En ese mismo año se conocen los efectos adversos, (graves malformaciones congénitas), de la droga talidomida, (contergan). En EE.UU., lo que determina que se regule por ley que los laboratorios, previamente a la comercialización establezcan científicamente la seguridad y eficacia de las nuevas drogas, en lo que se llamó “enmienda de Kefauer- Harris”.

Los postulados de Nuremberg fueron revisados y enriquecidos en la Declaración de Helsinki en 1963, que del mismo modo adoptó la Asociación Médica Mundial. En ella se introduce ya la diferencia entre investigación terapéutica y no terapéutica. En 1969 la “National Welfare Rights Organizations” (NWRO), formuló peticiones ante las entidades profesionales y médicas para que incluyeran ciertos reclamos de los pacientes en sus normas éticas. En 1972 sale a la luz la Primera Carta de Derechos de los Pacientes, que había sido adoptada y puesta en práctica por la Asociación Americana de Hospitales.

El documento había sido elaborado en 1971 por la Comisión Conjunta de Acreditaciones de Hospitales. En 1974 se constituyó en EE.UU. la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research por mandato del Congreso norteamericano con el objeto de que “llevara a cabo una completa investigación y estudio, para identificar los principios éticos básicos que deberían orientar la investigación biomédica y comportamental que compromete sujetos humanos”.

La Comisión produjo 11 documentos y un informe final que se llamó Informe Belmont , en el cual se intentaba proponer un método para el análisis y evaluación de proyectos de investigación, teniendo en cuenta unos principios más amplios que proveyeran las bases sobre las que interpretar y aplicar algunas reglas específicas” . Estos principios eran tres: Principio de respeto por las personas, Principio de Beneficencia y No maleficencia. y Principio de Justicia. El informe Belmont es el primer documento que propone una metodología para la evaluación y el análisis ético de protocolos de investigación en seres humanos.

En 1975 se elabora la Declaración de Tokio (Helsinki II) donde se revisan los postulados de Nuremberg y Helsinki I, introduciendo la necesidad de contar en cada caso con un Comité evaluador independiente. Esta Declaración fue revisada y corregida en Venecia en 1983 y

en Hong Kong en 1989. Todas de gran alcance sobre la ética de la investigación en seres humanos (clínicas y no clínicas). En 1978 se crea el Ethical Advisory Board para revisar las investigaciones sobre sujetos particularmente vulnerables. Se constituyó con el objetivo de continuar el trabajo de la National Commission pero sobre este tipo especial de sujetos de investigación. En 1981 se forman por Ley Federal los Institutional Review Board, (Comité Institucional de revisión).

El desarrollo de la investigación a gran escala a partir de la década del setenta y el descubrimiento de estudios realizados sobre poblaciones cautivas o marginales, (ver antes), hicieron necesario crear códigos que protejan a cierto tipo de grupos vulnerables, en particular, (cosa que EE.UU. hizo a través de sus Leyes Federales), y a los países y regiones pobres y subdesarrollados en general, de otras más poderosas que comenzaron a realizar proyectos de origen foráneo en países del tercer mundo, en gran escala.

En 1982 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró las “Pautas Internacionales Propuestas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos” las cuales pretendían adecuar y ofrecer un método eficaz para la aplicación de los principios éticos contenidos en Nuremberg y Helsinki a las realidades regionales particulares.

Por su parte el Consejo de Europa vio del mismo modo la necesidad de establecer una norma para la Investigación en Seres Humanos que se redactaron bajo el nombre de “Normas de la Buena Práctica Clínica” (BPC). Siendo Inglaterra el país más adelantado en este sentido. en 1991 se habían elaborado las “Pauta internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos” de CIOMS- OMS.

En todos los casos se ha sugerido que los países adhieran a través de sus constituciones a estas declaraciones tratados o Códigos; y no son pocos los estados en los que se ha redactado una Ley de investigación en Seres Humanos con el objeto de implementar con formato de normativa legal lo que parece un deber general. De este modo los IRB se han difundido rápidamente. No ha corrido la misma suerte en los países de América Latina donde el estado actual de las legislaciones no es tan alentador.

Han sido definidos ya desde el Código de Nuremberg una serie de puntos que deben ser tenidos en cuenta en todo proyecto de investigación que comprometa sujetos humanos. Estos puntos fueron inicialmente:

- 1) consentimiento voluntario del sujeto de investigación. Se refiere a que el consentimiento sea dado con libertad, sin coerción y con “suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión”.
- 2) relación de riesgos beneficios del estudio.
- 3) objetivos del estudio y medición de los antecedentes existentes que justifiquen su realización.

En 1964, estos conceptos fueron ampliados en la Declaración de Helsinki en las llamadas “recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos” y establece la distinción fundamental entre experimentación terapéutica y no terapéutica. En sus principios generales plantea los siguientes tópicos:

- 1) establecer la fundamentación científica del estudio, (sus antecedentes y datos previos).
- 2) la condición del investigador, su experiencia acreditada.
- 3) el objetivo del estudio y sus riesgos.
- 4) relación riesgos beneficios.
- 5) hace alusión al estado de la personalidad del sujeto de investigación y la posibilidad de que se afecte durante el estudio, (no contemplado e Nuremberg).
- 6) consentimiento libre y lúcido del sujeto
- 7) necesidad de informar carácter, motivo y riegos del estudio
- 8) establecer la capacidad del sujeto de elegir y decidir.
- 9) incorpora la necesidad de que el consentimiento sea por escrito.

El Informe Belmont de 1978

- establece una diferencia clara entre terapia, terapia experimental e investigación.
- incorpora un método para el análisis de los problemas éticos que surgen de la investigación en seres humanos, el modelo de los principios, (Autonomía, Beneficencia y Justicia).

Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos. CIOMS - OMS - Modificada en 1993 y 1996

- Pauta 1: Consentimiento Informado. Especial capítulo destinado a este fin con las explicitaciones referidas a la realidad local.
- Pauta 2: Información esencial para los posibles participantes en una investigación, “todo riesgo o molestia previsible que pueda afectar a la persona asociada a su participación en la investigación” Lo que plantea un importante avance con respecto a otras declaraciones que se ampara en informar lo que “sea razonable”.
- Pauta 3: Obligaciones de los investigadores con respecto al consentimiento informado.
- Pauta 4: Hace especial referencia al pago de incentivos, o sea los “incentivos indebidos”, (que condicione la participación del sujeto en la investigación), y plantea la necesidad que un Comité de Ética de la Investigación Clínica CEIC, apruebe toda forma de pago reembolso o incentivo, (remuneración aceptable e inaceptable).
- Las Pautas 5 a 8 y 11 se refieren especialmente al tratamiento de grupos vulnerables, estos son niños, personas con trastornos mentales o conductuales, personas que están en prisión, mujeres embarazadas o que amamantes y personas de comunidades subdesarrolladas.
- Pauta 10: Se refiere a la distribución equitativa de costos y beneficios y hace referencia a “otros grupos vulnerables”.
- Pauta 12: Protección de la confidencialidad de los participantes

- Pauta 13: Derechos de las personas a indemnizaciones.
- Pauta 14: Comités de Evaluación Ética. En referencia a su constitución. Se refiere a los estudios multicéntricos y propone una guía sobre la información que deben suministrar los investigadores.
- Pauta 15: Se refiere a las obligaciones del país patrocinador y del país anfitrión, (obligaciones respectivas).

Las pautas internacionales para la evaluación ética de estudios epidemiológicos. CIOMS-OMS Ginebra, 1991:

- plantea la necesidad de considerar formas de evaluación que consideren principios basados en la comunidad y no solo en el individuo aislado.
- realiza consideraciones en referencia al consentimiento informado en estudios de poblaciones. Introduce la noción de anuencia de la comunidad y de divulgación selectiva de información.
- se refiere especialmente al tema de confidencialidad de los datos, en estudios a gran escala.
- de igual manera en referencia al respeto por las costumbres sociales y la representación de un miembro de la comunidad en el Comité evaluador.
- exigencia de que los estudios epidemiológicos deban ser evaluados por un comité de revisión ética.

Existe algo muy importante, que se conoce como consentimiento informado en investigación, que tiene por objeto informar el propósito de la investigación, la duración, participación y descripción del procedimiento a ser llevado a cabo. La descripción de los riesgos esperables, de los beneficios para el sujeto o para otro que se espera razonablemente del estudio, revelación de tratamientos alternativos al propuesto o cursos de reacción diferentes.

Referirse al grado de confidencialidad que los datos tendrán y si se podrá identificar en algún caso al sujeto, la explicación sobre compensación si se produjera un daño y cobertura de tratamientos médicos disponibles si ocurriera un daño. Establecer la forma de contacto con el equipo investigador y el responsable para que el sujeto realice las preguntas pertinentes, aclarar que la participación es voluntaria y puede renunciar en el momento que así lo desee sin por ello tener ningún tipo de perjuicio. Debe realizar una “prueba de comprensión”. Para constatar que el individuo efectivamente ha comprendido lo que se le ha explicado.

El CI debe estar documentado y firmado al pie por el sujeto de investigación o su representante legal con copia para la persona que firma. Debe constar en el protocolo del ensayo la información que se dará al sujeto en forma verbal o escrita, (hoja de información al paciente). En los casos de menores de edad o personas incapaces el CI lo otorgará siempre su representante legal por escrito., contando además en el caso de menores que sean mayores de 12 años con el asentimiento del menor.

Finalmente debe hacerse una especial consideración al tema de CI en poblaciones marginales, individuos analfabetos o cuando los estudios se realizan en regiones con características culturales muy diferentes a las del lugar de origen del estudio. Debe tenerse en cuenta que el C.I. constituye una protección imperfecta del sujeto de investigación que debe ser complementada con la evaluación ética del protocolo. No siempre que un individuo da su consentimiento el estudio puede realizarse.

4.2 Proyecto genoma humano

El comienzo oficial del Proyecto Genoma Humano (PGH) en Estados Unidos fue anunciado el 1° de octubre de 1990. Sin embargo, el proceso intelectual y administrativo responsable por el inicio del proyecto ya había estado operando varios años antes. Los orígenes del PGH se remontan a un encuentro en Alta, Utah, en 1984, donde la discusión se centró sobre el análisis del ADN con el propósito de detectar mutaciones entre los sobrevivientes de las explosiones atómicas.

Poco después de este encuentro, el concepto de un programa comprensivo de estudio del genoma fue desarrollado por dos grupos. Primero, una conferencia en 1985 en Santa Cruz, California, fue convocada para examinar la viabilidad de secuenciar el genoma humano.

Luego, Charles De Lisi inició discusiones dentro del Departamento de Energía sobre las ventajas de secuenciar el genoma en gran escala. Debido a su interés sobre los efectos en la salud de las radiaciones y otros tipos de daños ambientales, el Departamento de Energía evaluó establecer la secuencia del genoma humano como críticamente importante para los programas que apuntaban a monitorear los cambios en la secuencia del ADN.

Dos informes que influyeron mucho –publicados en 1988– guiaron el desarrollo de la estructura y alcance de estas fases iniciales del PGH en Estados Unidos. Uno, producido por el Consejo Nacional de Investigaciones, sobre el mapeo y secuenciamiento del genoma humano, y, otro, por un comité operando bajo los auspicios de la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de Estados Unidos. Estos documentos apelaban a un esfuerzo sistemático de mapear y secuenciar el genoma humano y produjeron recomendaciones sobre el alcance y objetivos del esfuerzo.

En Estados Unidos, el plan curricular del PGH tiene una planificación de 15 años. Desde su concepción, el proyecto ha estado asociado con objetivos cuidadosamente orientados con jalones que reflejen corrientes y capacidades realistas a corto plazo.

Los elementos clave de estos objetivos han enfocado en el establecimiento de la infraestructura, el desarrollo de las tecnologías requeridas y la generación de los inventarios necesarios de datos. A la fecha, el PGH ha alcanzado virtualmente todos sus objetivos bien formulados. Varias revisiones han notificado este progreso. Mientras numerosos logros individuales pueden ser citados y algunas áreas destacadas deben ser consideradas.

El objetivo original para el PGH fue el desarrollo de 1.500 marcadores genéticos basados en microsátélites; a la fecha han sido generados 20.000 marcadores de ese tipo. Con respecto a la construcción de mapas físicos, los objetivos iniciales del PGH incluyeron el establecimiento de la cobertura clónica del genoma humano y mapeo de un STS, en promedio, cada 100 kb a través de todos los cromosomas humanos. Los esfuerzos dirigidos a construir mapas físicos basados en YAC (la mayoría en el mapeo de contenido STS) han sido completados por un puñado de cromosomas humanos individuales.

Con respecto al secuenciamiento del ADN, el énfasis inicial del PGH era mejorar la eficiencia de los métodos existentes, desarrollar nuevas tecnologías, y comenzar el secuenciamiento sistemático de los organismos modelo. El refinamiento de las estrategias

para secuenciar el ADN en larga escala dentro del PGH ha llevado a otro conjunto mayor de logros: el secuenciamiento genómico completo de numerosos microorganismos.

Las fases iniciales del PGH han traído grandes avances en los intentos para secuenciar el ADN en gran escala. Numerosos factores han contribuido a esto, incluyendo sutiles adelantos en instrumentación, optimización de métodos experimentales y operaciones refinadas de grupos de producción en gran escala.

El año 2003 es particularmente significativo, ya que marcará el 50 aniversario del descubrimiento de la estructura en doble hélice del ADN por James Watson y Francis Crick. El último impacto más relevante del PGH será mejorar la capacidad para definir las alteraciones genéticas asociadas con aquellas enfermedades médicamente importantes y genéticamente complejas.

El PGH promete proveer beneficios en relación con la biología y la clínica médica. Esto incluye una capacidad mejorada de aislar, caracterizar y manipular a los genes involucrados en la fisiología normal y en la enfermedad humana. Un gran emprendimiento de la moderna genética molecular es identificar los genes que están de algún modo asociados con la enfermedad humana.

El diagnóstico molecular puede ser definido como el testeo del ADN dentro de un contexto clínico y esta disciplina médica está creciendo rápidamente en alcance e importancia. La aplicación del diagnóstico abarca una amplia gama de enfermedades humanas, incluyendo tests para aplicar en las enfermedades hereditarias, neoplásicas e infecciosas.

El PGH acelerará el crecimiento del diagnóstico molecular en dos aspectos. Primero, al facilitar la identificación de los genes patógenos en un gran número de mutaciones humanas, clínicamente relevantes. Con este conocimiento sobre las bases genéticas de la enfermedad, tendremos oportunidad de hacer evaluaciones diagnósticas y pronósticas basadas en el examen del ADN individual. Segundo, muchos de los métodos e instrumentos desarrollados para construir los mapas genéticos, físicos y secuencias del genoma humano están hallando inmediata utilidad para testear el ADN en clínica.

El PGH promete transformar la habilidad para entender las enfermedades genéticas humanas proveyendo una única correlación entre la genética y la medicina clínica. Por las razones antes consideradas, médicos y científicos obtendrán nuevos conocimientos sobre

los componentes genéticos que contribuyen a la enfermedad y así establecer mejores medios para determinar si un paciente ha heredado un defecto genético.

Los arquitectos del PGH establecieron las implicancias éticas, legales y sociales como parte integral del proyecto. Este programa ofrece una novel perspectiva al estudio de esos problemas integrando cuidadosamente su agenda con los esfuerzos por desarrollar el mapeo y secuenciamiento del genoma humano. El programa sobre implicancias éticas, legales y sociales (ELSI) ha puesto juntos a individuos de diversas áreas de experiencia (genetistas, eticistas, historiadores, teólogos, abogados, analistas políticos y sociólogos).

La misión central del programa ELSI ha sido identificar y agendar los asuntos éticos, legales y sociales relativos al PGH (y otras actividades asociadas a la investigación genética), y facilitar el establecimiento e institución de salvaguardas apropiadas.

Para concluir, el PGH es uno de los proyectos más importantes, si no el más importante de todos los tiempos en la investigación biomédica. Es fundamental un emprendimiento que apunta a desarrollar herramientas para el estudio de la biología y la medicina.

Esta herramienta refleja un recurso informativo en la forma de mapas de secuenciamiento, físicos y genéticos del genoma, y de algunos organismos modelo, así como un número creciente de experimentos tecnológicos que se están volviendo tecnología estándar en el arsenal de la investigación biomédica.

El mapeo directo del PGH en la clínica médica está casi realizado, con la aceleración dramática en la identificación de los genes de la enfermedad humana y el desarrollo continuo de nuevos intentos para analizar el ADN del paciente. Finalmente, el verdadero legado del PGH será proveer a las futuras generaciones de científicos y clínicos la “huella genética humana” que les permitirá definir mejores bases genéticas de la enfermedad y el uso de esa información para diseñar terapias más efectiva.

4.3 Sexualidad, procreación y bioética

La sexualidad es la dimensión biológica del ser humano que como ninguna otra ha sido sometida a reflexiones culturales y controversias morales, comprometiendo una diversidad de valores que sitúan el tema centralmente en la bioética, en tanto esta sea entendida latamente como la reflexión sobre los valores que se comprometen al realizar intervenciones humanas decisivas en procesos vitales.

Esta caracterización de la bioética distingue y desatiende aquellos aspectos de la sexualidad humana que no le corresponde abordar por cuanto no entrañan intervenciones en procesos vitales. En cambio, la presencia de la bioética es indeclinable en acciones humanas que tienen efectos profundos, por lo general determinantes, sobre la vida de los seres humanos.

La sexualidad es un instinto biológico que en el ser humano se articula como una pulsión, vale decir, un impulso que nace del cuerpo, pero es modulado por la razón, en lo que se denomina un deseo de segundo orden. La fisiología sexual queda supeditada a lo que determina la razón, el superego, la inteligencia social, la pauta cultural, el compromiso religioso.

De un acto eminentemente privado, se ha convertido la sexualidad en tema público cargado de tensiones que, más temprano que tarde, debió interesar a la salud pública. Para la doctrina católica la “sexualidad no es asunto meramente individual; ni siquiera un asunto que ocurre entre dos. El comportamiento sexual se ha de abrir al “nosotros” social. Por eso considera imperioso insistir en la necesidad de una institucionalización de la sexualidad. Sin esta dimensión social, la sexualidad humana se desintegra y se convierte en una fuerza de destrucción personal y social” (Vidal, 1991, cursivas en original).

Es imperativo distinguir entre el discurso de la moral sexual y la pertinencia de someter la sexualidad a reflexión bioética. La moral sexual, muy dispar en diversas culturas y momentos históricos, traza un trayecto normativo sinuoso, contradictorio, conflictivo y coercitivo. La bioética no participa en estas turbulencias pues no le corresponde elaborar normas morales; centra, en cambio, su atención en prácticas sexuales e intervenciones humanas sobre la sexualidad en tanto causan daño potencial o real a los afectados.

La bioética, a diferencia de la moral, no tiene la función de permitir o prohibir el ejercicio de la sexualidad en cualquiera de sus variantes, su cometido sigue siendo salvaguardar a las personas de ser lesionadas y proteger a quienes están en riesgo de sufrir daño. Para la salud pública es prioritario reconocer aquellos aspectos de la sexualidad humana que se relacionan con su quehacer preventivo y promocional, un tema que puede ser especialmente sensible por enfrentar la intimidad sexual que es dominio privado de los individuos, con políticas públicas que, en forma legítima o no, dictaminan intervenciones y regulaciones de lo sexual.

La bioética en la sexualidad, busca entender el respeto en todos los sentidos de lo que esta bien o mal, respecto a violaciones, infidelidad, incesto, heterosexualidad, homosexualidad y sus variantes, al igual que el uso de métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, todo lo anterior visto de un punto ético y moral.

Discapacidades y bioética

Recibir la noticia de que nos encontramos (nosotros mismos o una persona cercana) frente a una situación de pérdida de habilidades o de alteración de las funciones psico - funcionales de nuestro organismo y de manera prolongada en el tiempo, constituye un momento difícil y doloroso. Las reacciones que acompañan a este vivenciar y el impacto de ellas dependerá de las características personales, culturales, religiosas y el estado económico social de las personas afectadas; pero existe en común, la misma resonancia afectiva conceptualizada como: pesar, pena, desmoralización.

Las reacciones vivenciales que experimentan las personas afectadas por la discapacidad son el pesar, la pena y la desmoralización. Con frecuencia los términos pesar y pena se usan indistintamente, cuando en verdad tienen significados diferentes. El pesar es el estado de haber sufrido una pérdida y experimentar muchas emociones y cambios significativos en la vida del individuo.

La pena es el proceso normal de reacción ante la pérdida. Se puede sentir pena ante la pérdida física de una persona o en respuesta a pérdidas de tipo social o simbólicas. Se puede sentir como una reacción mental, física, social o emocional. Las reacciones de tipo mental pueden incluir rabia, culpa, ansiedad, tristeza y desesperación. Las reacciones físicas pueden incluir trastornos en el dormir, cambios en el apetito, otras dolencias físicas.

Las reacciones sociales pueden incluir los sentimientos que se experimenten en relación a tener que cuidar de otros en la familia, tener que abandonar responsabilidades con la familia, cambios en las condiciones del trabajo para el reintegro a él o, en ocasiones, tener que dejar el trabajo habitual.

La desmoralización es un fenómeno más complejo aún, la vive la persona afectada y también, por lo general, su familia; se trata de un cambio en la vivencia de existencia que cada persona percibe en su diario vivir. Se podría decir que es una especie de desmotivación hacia la participación en las actividades que hasta el momento de presentarse el problema eran

placenteras o, por lo menos, cumplieran con un objetivo claro y preciso que sustentaba la vida de la persona.

La persona portadora de una discapacidad prolongada puede comprometerse afectivamente y presentar signos de depresión. La desmoralización, sin embargo, dependerá del talante emocional que cada persona posee como producto de su desarrollo biográfico (y axiográfico). Con respecto a la discapacidad congénita, podemos acotar que el desarrollo humano comienza desde el momento de la fecundación. De allí en adelante se desencadenan una serie de eventos que con el tiempo darán origen a cada una de las partes que conforman nuestro ser.

El problema mayor que afecta a estas personas, independiente de su actitud personal, es la gran cantidad de obstáculos que les presenta el mundo de hoy en los diferentes aspectos de la vida. Uno de estos problemas, y el que engloba a los otros, es el prejuicio que se tiene, como anteriormente se enunció, respecto de que ellos no son capaces de realizar una actividad concibiéndolos como “discapacitados”. A la deficiencia que supone su problema anatómico, se le agrega la creencia de que son personas que no pueden hacer un trabajo de buena calidad. Incluso se llega a desconfiar, más que de su condición física, de su capacidad intelectual, privándoles de la posibilidad de utilizar sus talentos y potencialidades como cualquier persona

Bioética es la ética de la vida, del ser humano como ser biológico que nace, vive y muere, del ser humano y su entorno social, lo que da origen a derechos y deberes en relación con ese ser viviente. La ética es una aplicación práctica de la filosofía. La bioética lleva la reflexión filosófica a un ámbito más preciso, más cerca de la aplicación en la vida cotidiana, en torno a valores fundamentales tales como: la búsqueda de la equidad, la autonomía y el respeto por las personas, la solidaridad, etc.

De allí que, para buscar una forma de acceso de las personas –desde una perspectiva ética– a los beneficios y riesgos de la “modernidad”, surge hace cerca de cuarenta años, el movimiento de ética global o bioética, que incentiva el diálogo como forma de análisis y dispone de cuatro principios básicos para lograr ese propósito: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

La consideración de valores y principios éticos fundamentales constituye un punto de referencia que guiará el quehacer profesional, cuestión que se puede apreciar más

claramente al enfrentar personas con grandes discapacidades. Ello contribuirá a fomentar la discusión de aspectos relevantes para las personas y sus familias y facilitará la equiparación entre el rol profesional y el de las personas a las que prestamos apoyo.

4.5 Adicciones y bioética

Uno de los peligros más graves a los que se encuentran expuestos nuestros jóvenes hoy día es el consumo de drogas, tanto legales (alcohol y tabaco) como ilegales (cocaína, éxtasis, cannabis, etc.), que tiene consecuencias que son contrarias a la integridad física y a la vida misma de las personas que las consumen.

Son diversos los motivos que determinan este fenómeno, ya que son diversas las causas que llevan al adolescente y al joven a consumir drogas, podemos mencionar: discrepancias familiares; ausencia de principios y valores; rechazo de principios y valores de la sociedad; inducción e imitación de las malas compañías; trastornos de la personalidad; la soledad y el hastío; la imitación de modelos culturales, el deseo de situaciones nuevas; el deseo de estar a la moda, de quedar bien; la marginación; la coerción por parte de personas violentas y sin escrúpulos; la excesiva disponibilidad de dinero.

El análisis bioético de las relaciones sociedad - individuo en relación a las drogodependencias sin duda requiere, y seguirá haciéndolo en el futuro, el intercambio de múltiples niveles de conocimiento e información, muchas deliberaciones, muchos encuentros y desencuentros, antes de conseguir consensos que, probablemente, seguirán sorprendiéndonos por su caducidad.

Sin embargo este conflicto individuo - sociedad resulta relevante a nuestro objetivo, esto es el acercamiento a los aspectos bioéticos del drogodependiente, porque las drogodependencias confrontan al profesional asistencial a la existencia de dos niveles en estrecha interacción: un micronivel donde se produce la interacción individual profesional-drogodependiente, y donde el adicto se presenta como un ser humano que solicita ayuda, padece un trastorno o tiene demandas farmacológicas específicas, y un macronivel donde las drogodependencias se constituyen en tema legal y social, con implicación de intereses políticos, financieros y con actividades criminales asociadas.

Las carencias éticas en el fenómeno de la droga se identifican en gran medida con las dificultades existentes en diversas instituciones, entre ellas en la familia y en la escuela:

- a) En la familia. Muchos casos de drogodependencia tienen la causa desencadenante en el ambiente familiar inhóspito (v.gr. inexistencia real de la familia (24); ruptura de la pareja; falta de figuras parentales; conflictividad intensa conyugal y/o familiar; ambiente excesivamente autoritario o permisivo; falta de un adecuado flujo de comunicación entre los miembros de la familia etc).
- b) En la escuela. El ámbito escolar es uno de los lugares más propicios para la iniciación en el consumo de la droga. Un medio de prevenir la toxicomanía sería la educación en la sobriedad y el respeto y aprecio a sí mismo; además de ayudar a aquellos jóvenes que, por ser más débiles o por cosechar insatisfacciones escolares, pueden ser más propensos a deslizarse por la pendiente peligrosa de la toxicomanía.

Las carencias éticas en el fenómeno de la droga tienen también su origen en la libertad de la persona. Exceptuados algunos casos patológicos y de personalidades "adictivas" los drogadictos no son pura ni primariamente víctimas de la sociedad, ni personalidades patológicas con sensibles trastornos que les priven de libertad. Son, a lo sumo, personas que son probadas por la vida o quieren probarla por vías arriesgadas y dañosas. Es suya la elección de drogarse.

La droga representa una fuga con la cual se pretende llenar un vacío. Es el vacío de una existencia que, no fundada con valores centrales, queda como desarraigada, a la intemperie, desprotegida. Como resalta la pastoral "Familia y drogadicción" , el vacío roba a la vida su sentido. Los vacíos se llenan o artificialmente (lo cual agrava el fenómeno) con el recurso a la droga, o con un paciente recorrido que es el de la liberación por medio de un entrar dentro de sí. Equivocadamente se recurre a la droga para pretender calmarse, borrarse, darse ánimo, pero siempre aparece la realidad. Con droga o sin droga "la realidad siempre está".

La droga es signo cualificado de desintegración personal e interpersonal. El consumo de drogas-con las secuelas de la dependencia- atenta contra los valores éticos más básicos: contra el valor de la personalización y contra el valor de la comunicación humana.

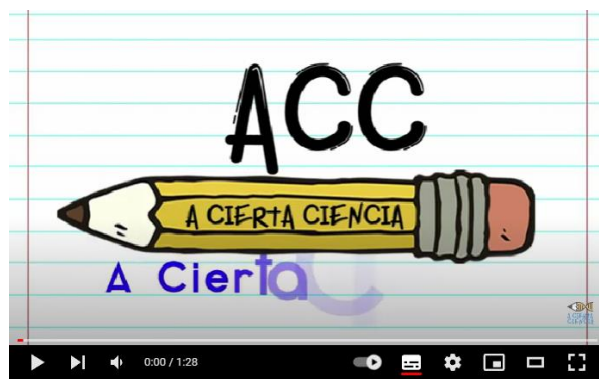
Referente al problema ético de la droga, se podría plantear así: ¿Tiene sentido hablar de la obligación de mantener la salud? Los que actúan en perjuicio de su propia salud, ¿actúan no solo imprudentemente, sino que también deberían éticamente actuar de otra forma? Hay un deber de cuidar la propia salud, ya que es imposible realizar los deseos y aspiraciones

actuales y futuras si se destroza la propia salud. Al mismo tiempo existen obligaciones hacia los otros que exigen que se proteja y defienda la propia vida.

El problema del consumo de drogas constituye un grave problema de salud y una de las principales preocupaciones de la sociedad española y de la comunidad internacional. Si entendemos que el concepto de salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar psíquico, físico y social se entenderá fácilmente que el consumo de drogas pueda originar modos de actuación personales que incluyan en nuestro estado de salud, y por ello para lograr un estilo de vida saludable es necesario evitar su consumo.

El consumo de drogas afecta a la salud, individuo y colectividad, y en la medida que a ésta le afecta, tiene justificada su participación con el fin de paliar o erradicar el problema que causa la drogadicción. La salud es un estado valorado positivamente de forma casi universal, pero también es verdad que muchas personas son imprudentes en su atención.

Videos complementarios



👤 Dimensiones de la Sexualidad Humana ❤️ [Fácil y Rápido] |
BIOLOGÍA |

<https://www.youtube.com/watch?v=ThAPjQAhumk>

Fuentes bibliográficas de cuarta unidad

- Publicado en: Sabulsky, Jacobo. Investigación Científica en Salud-Enfermedad. Ed. Kosmos, Córdoba, 1998, pp. 243-273
- CEMIC. Dirección de Investigación. “Guía para un estatuto del Comité de Ética de la Investigación” Publicado en el Manual del Primer encuentro de Comités de la Salud. Op cit. 36.
- Garcia, et all (2005). “Proyecto genoma humano”. Universidad autónoma de Aguascalientes; México
- José María Cantú y Salvador Darío Bergel, organizadores, Bioética y Genética, Ciudad Argentina, Buenos Aires, 2000, p. 82
- Carlos María Romeo Casabona, El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana, Centro de Estudios Ramón Areces S.A. Madrid, 1994, p. 266
- GRACIA D: Prólogo. Las Drogas a debate: Ética y Programas de Sustitución . Fundación Ciencias de la Salud. Ediciones Doce Calles SL, Madrid, 1999
- RASKIN C: Análisis de la detección del consumo de drogas y de alcohol en el lugar de trabajo: cuestiones morales, éticas y jurídicas. Boletín de Estupefacientes 1993; XIV (2): 51-94