

Universidad Del Sureste

LEGISLACION EN SALUD Y ENFERMERIA

Investigación y análisis



Docente: Lic. Cesar Alfredo Cabrera Magdaleno

Alumna: Abigail Escobar Caballero

Licenciatura en Enfermería

8° Cuatrimestre

San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

13 de Febrero 2021

Normas constitucionales, administrativas y civiles de implicación en la ética profesional de enfermería

Los profesionales en Enfermería son titulares de derechos fundamentales o constitucionales en virtud de los cuales alcanzan esa formación profesional y el ejercicio posterior de la misma. En virtud del derecho fundamental a la libre elección de profesión y oficio, la persona escoge de forma autónoma y libre la profesión acorde a su vocación.

El ejercicio de ambos derechos fundamentales satisface otro de igual rango: el derecho al desarrollo de la personalidad. Ahora bien, el ejercicio de esos derechos no es ilimitado, encuentran límite en los derechos fundamentales de los demás, en la moral social y en normas de orden público.

La exigencia de responsabilidad se erigen fundamentalmente como garantías a favor de los usuarios de los servicios que ofrecen esos profesionales colegiados. Sin embargo, la imputación de responsabilidad al profesional por posibles infracciones a reglas técnicas, jurídicas y éticas que dan lugar a la responsabilidad penal, civil, administrativa o ético disciplinaria, según cada caso, debe observar las garantías del debido proceso, tendientes a garantizar los derechos de defensa y de inocencia que le asisten a todo imputado (se utiliza este concepto en sentido amplio). La responsabilidad es pues una garantía del usuario frente al profesional.

La importancia de distinguir entre responsabilidad patrimonial objetiva y subjetiva En este punto se debe distinguir la responsabilidad objetiva patrimonial de la administración, de la responsabilidad subjetiva del servidor público o en su caso, del profesional en actividad privada.

El funcionario responde ante terceros o ante la administración por la lesión que haya ocasionado con dolo o culpa grave en ejercicio de sus funciones o utilizando los medios y oportunidades del cargo a los administrados o a la propia administración. Por el contrario, la responsabilidad objetiva de la administración obliga al ente público a responder por las lesiones antijurídicas que haya sufrido el administrado en su patrimonio o en su persona (integridad física o moral), aunque tal daño sea producido por el actuar lícito, normal, anormal o ilícito de ésta.

La responsabilidad objetiva de la Administración Pública En general, se puede decir que la Administración Pública responde siempre que el daño le sea imputable y se trate de un daño efectivo (existente, no eventual), evaluable económicamente, individualizable (en una persona o grupo de personas), salvo cargas comunes de la vida social (art. 196 y 194 LGAP).

El acto es lícito no se indemniza el daño, lo que significa que el Derecho tiene esos valores por superiores, excluye la culpabilidad en la responsabilidad subjetiva del comportamiento lícito, el consentimiento del ofendido, la legítima defensa, el estado de necesidad o el ejercicio regular de un derecho. El resarcimiento o indemnización tiene por objeto restaurar el patrimonio jurídico del lesionado en su persona o bienes. Para seguir con el método de los ejemplos, una falta personal... perfectamente podría constituir un delito y a la vez, generar responsabilidades administrativas y civiles; veamos: una conducta delictiva de un servidor público en el ejercicio de sus funciones, lo

enfrentaría a una causa penal, una información administrativa disciplinaria de despido, y a un proceso civil por daños y perjuicios”

RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

La responsabilidad penal es imputable exclusivamente al funcionario público, nunca a la administración o ente público. En efecto, la administración no responde penalmente. Solo se le puede imputar responsabilidad patrimonial por los daños que cause con su funcionamiento normal, anormal, legítimo, ilegítimo, con las salvedades que establece la Ley (art. 190 LGAP). Los funcionarios públicos pueden incurrir en el ejercicio de sus funciones o más bien con ocasión de ellas, en una serie de delitos tipificados por la legislación penal. El delito como una acción típica, antijurídica y culpable:

- ✓ El delito es en primer lugar una acción o conducta humana. El actor responde hasta donde alcancen los efectos directos de la acción realizada.
- ✓ En segundo lugar, se trata de una acción tipificada por la legislación penal como delito. En efecto, la conducta debe ser necesariamente típica y ajustarse en un todo al tipo, tanto objetivo como subjetivo (dolo o culpa), y siempre que se lesione el bien jurídico tutelado por la norma penal.
- ✓ En tercer lugar, la antijuridicidad es la contradicción de la conducta con el Ordenamiento jurídico (no medien causas de justificación).
- ✓ Finalmente, la culpabilidad es el reproche o imputación de responsabilidad penal al actor del delito.

Normas comunes en el ejercicio de la profesión

Artículo 52: La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53: La Enfermera/o tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54: La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55: La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

Artículo 56: La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Artículo 57: La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58: La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59: La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60: Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61: La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62: Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63: Para lograr el mejor servicio a los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64: La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, para asegurar al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65: Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66: La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67: La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68: La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada y en caso de urgencia.

Iatrogenia y Mala Práctica

La iatrogenia se refiere al efecto dañino o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad diagnóstica o terapéutica del equipo de salud. Abarca desde los efectos colaterales de los medicamentos, las secuelas de los procedimientos, los daños ocasionados por el uso de tecnología.

El profesional de enfermería puede verse involucrado en actos de iatrogenia con pacientes en aspectos físicos o biológicos, psicológicos o de tipo social, y puede hacerlo de manera voluntaria o involuntaria.

La mala práctica (o malpraxis) es otra forma en que el profesional de enfermería puede producir iatrogenia, y ésta puede deberse principalmente a tres causas:

- Por negligencia:** Se refiere al descuido, a la omisión o abandono del paciente que le provoque un daño.

- Por ignorancia:** Cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios y esperados en un profesional de enfermería para prestar un servicio que ofrezca seguridad a los usuarios.

- Por impericia:** En el caso que nos ocupa, se refiere a la falta de habilidad del profesional de enfermería para aplicar en el paciente los procedimientos necesarios durante su atención y que son atribuibles a su ámbito disciplinar.

De una mala práctica de enfermería pueden derivarse tanto conductas tipificadas como delictivas, las que a su vez pueden ser de dos tipos:

- Delito culposo:** Es aquella conducta ilícita y delictiva en la que se ocasiona daño a otra u otras personas, pero en la que no hubo la intención de dañar (puede deberse a negligencia, ignorancia o impericia).

- Delito doloso:** En este caso la conducta ilícita y delictiva tuvo intencionalidad. Esto es, que el daño se ocasionó de manera consciente y voluntaria.

Responsabilidad Civil

Se considera “responsable” a un individuo, cuando de acuerdo al orden jurídico, es susceptible de ser sancionado. La responsabilidad jurídica siempre lleva implícito un “deber”. El deber u obligación legal es una conducta que de acuerdo a la ley, se debe hacer u omitir. La responsabilidad legal señala quién debe responder ante el cumplimiento o incumplimiento de tal obligación.

Causas de Responsabilidad Civil

- Responsabilidad por los hechos propios:** Cada quién es responsable de su propia conducta.

- Responsabilidad por hechos ajenos:** Se refiere a la responsabilidad de las personas de evitar que otras cometan hechos dañinos. Al respecto, hay dos grupos por los cuales se debe ser responsable: En el primero están los niños y los incapacitados. En el segundo están los daños causados por empleados y representantes. Tiene que ver con la selección del personal y con la supervisión técnica o administrativa del mismo, entre otros.

•**Responsabilidad por obra de las cosas:** Se considera que si el daño fue causado por cosas u objetos, el dueño de ellos será responsable de las consecuencias.

Responsabilidad Penal

El ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica. Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el Código Penal Federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería.

Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que con mayor frecuencia puede involucrarse el profesional de enfermería son:

•**Revelación de secretos:** Se trata de una falta grave y se refiere a la revelación de información de tipo confidencial, confiada a la enfermera (o), por parte del paciente (Título Noveno).

•**Responsabilidad profesional:** Se refiere a la comisión de actos delictivos, ya sean dolosos o culposos, durante el ejercicio profesional (Artículo 228).

•**Falsedad:** Se refiere a la falta de veracidad en el manejo de datos, información, documentos o al rendir declaraciones ante una autoridad (Artículo 246).

•**Usurpación de profesión:** Se aplica a aquellos casos en que sin tener un título y una cédula profesional para ejercer una profesión reglamentada, se atribuya el carácter de profesionista, realice actos de esa profesión y ofrezca públicamente sus servicios con el objeto de lucrar (Artículo 250).

•**Lesiones y homicidio:** Es el punto más delicado y trascendente del trabajo en que el profesional de enfermería puede incurrir. Puede tipificarse como culposo o doloso, dependiendo de las circunstancias ya mencionadas anteriormente (Artículos 288 y 302).

•**Aborto:** Es uno de los hechos que se pueden encontrar altamente relacionados con el trabajo de enfermería. El artículo 331 (Código Penal Federal) establece la suspensión del ejercicio profesional por un período de 2 a 5 años, además de otras sanciones.

•**Abandono de personas:** Se refiere a la no atención de personas incapaces de cuidarse a sí mismas (niños, ancianos, etc., o a las personas enfermas), teniendo obligación de cuidarlos (Artículo 335).

NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Los esquemas de atención médica para las personas que padecen algún trastorno mental y del comportamiento experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia y de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de dichos padecimientos, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la necesidad de la reinserción social de la persona que vive afectada por algún trastorno mental o del comportamiento al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la promoción de programas comunitarios como los descritos en el Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018: Modelo Miguel Hidalgo; hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, de género y de grupos en especial situación de vulnerabilidad de las enfermedades mentales.

Objetivo: Esta norma tiene por objeto establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.

Campo de aplicación: Esta norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud en los que se presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

Acompañante terapéutico: al personal capacitado que se inserta en la cotidianidad de la persona usuaria, trabaja dentro de un equipo interdisciplinario para facilitar la operación y funcionamiento de los servicios de atención en salud mental.

Su función es la de compañero/a, guía y sostén en la construcción de la subjetividad singular de cada persona, con el fin de facilitar la construcción y/o continuidad del lazo social, la instauración de actitudes positivas respecto de su condición y habilidades disminuidas, el máximo grado posible de integración y competencias sociales, el máximo grado posible de autonomía, así como el fortalecimiento de sus capacidades y rasgos positivos de su personalidad.

Asambleas de usuarios y usuarias de Servicios de Salud Mental: a las reuniones grupales que sostienen las personas usuarias de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria

médico-psiquiátrica, para emitir opiniones libremente sobre la atención recibida, así como las necesidades de grupo y personales coordinadas, en su caso, por el Comité Ciudadano de Apoyo.

Atención en unidades de primer nivel especializada: a la que se proporciona en unidades médicas que brindan servicios ambulatorios en salud mental comunitaria a pacientes, familiares y a la población en general de forma integral que canalizan por medio del sistema de referencia y contra referencia de acuerdo a las necesidades del paciente.

Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica: al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, sensibles a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales, se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

Norma Oficial Mexicana Nom-036-Ssa2-2012, Prevención Y Control De Enfermedades. Aplicación De Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (Sueros) E Inmunoglobulinas En El Humano

Para mejorar los actuales niveles de salud de la población mexicana, mediante la prevención de las enfermedades que pueden evitarse con la administración de vacunas, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación, ha considerado los diferentes aspectos a normar en relación con la aplicación de Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (sueros) e Inmunoglobulinas.

La presente Norma Oficial Mexicana considera todas las vacunas que están disponibles para su aplicación en México, de manera universal a la población y también a aquéllas que apoyan y fortalecen la salud pública. Tiene como propósito asegurar la protección de toda la población susceptible, así como de los grupos de riesgo en el país, contra las enfermedades que se previenen mediante la vacunación o se tratan con la aplicación de productos biológicos como inmunoglobulinas o faboterápicos (sueros).

Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma tiene por objeto homologar los criterios y procedimientos para la aplicación, manejo, conservación de los biológicos y prestación de los servicios de vacunación, así como para el desarrollo de las actividades en materia de control, eliminación y erradicación de las enfermedades que se evitan mediante la vacunación.

Esta Norma es de observancia obligatoria para las personas físicas y morales que prestan servicios en los sectores público, social y privado, que aplican biológicos y participan en la promoción, difusión e información sobre vacunas al público en general.

Para los efectos de esta Norma, se entiende por:

Adyuvantes, a las sustancias incorporadas a la fórmula de las vacunas que incrementan o potencian en forma específica la respuesta inmune.

Agente infeccioso, al microorganismo ya sea, virus, bacteria, hongo o parásito capaz de producir una infección o enfermedad infecciosa.

Anafilaxia, a la reacción inmune mediada por inmunoglobulina E contra un antígeno y que provoca vaso dilatación y constricción del músculo liso (reacción de hipersensibilidad) que se presenta en forma inmediata posterior al contacto con el alérgeno.

Anticuerpo, a la proteína (inmunoglobulina) producida por un organismo en respuesta a la estimulación por un antígeno y que tiene la capacidad de unirse específicamente con el antígeno que ha inducido su formación.

Antígeno, a la molécula o fracción de la misma, capaz de ser reconocida por un anticuerpo o receptor de células T o B. La mayoría de los antígenos son inmunógenos, es decir, tienen la capacidad de generar una respuesta inmune mediada por anticuerpos o células.

Aplicación simultánea de vacunas, a la acción de administrar varias vacunas al mismo tiempo a un individuo durante una visita a la unidad de salud, generalmente se aplican en miembros separados.

Brote, al incremento inusual en el número de casos ocurridos en la misma área geográfica, asociados epidemiológicamente entre sí; a excepción de aquellas enfermedades que ya se encuentran erradicadas o eliminadas, en esta situación la presencia de un solo caso se considera brote.

Cartilla Nacional de Salud, al documento gratuito, único e individual, expedido por la autoridad sanitaria para su uso en toda la República Mexicana que se utiliza para el registro y control de las acciones del Paquete Garantizado de Servicios de Salud. En donde se registran entre otras acciones en salud, los tipos y las dosis de vacunas aplicadas al titular; según los diferentes grupos de edad y etapas de la vida.

Norma Oficial Mexicana Nom-038-Ssa2-2010, Para La Prevención, Tratamiento Y Control De Las Enfermedades Por Deficiencia De Yodo

Las enfermedades por deficiencia de Yodo se manifiestan cuando los requerimientos fisiológicos de yodo en los seres humanos no son cubiertos de forma adecuada. El grupo humano que padece Enfermedades por Deficiencia de Yodo, cursa frecuentemente con concentraciones de hormonas tiroideas en suero en límites normales y de la hormona estimulante de la tiroides discretamente elevada; por lo tanto, muchos individuos son clínicamente eutiroideos. A pesar de este patrón en el perfil bioquímico de estos pacientes, si esta deficiencia ocurre en períodos críticos del desarrollo (etapa fetal o primer año de vida) puede cursar con problemas de aprendizaje e incluso alteraciones en la función reproductiva.

La síntesis de hormonas tiroideas se inicia a partir de una captación adecuada y suficiente de yodo contenido en el líquido extracelular por las células foliculares de la tiroides favorecida por el cotransportador sodio-yoduro que se encuentra en la membrana celular para posteriormente

organificarse mediante la acción de la peroxidasa tiroidea y finalmente transportarse al coloide de cada folículo tiroideo, en donde los residuos de tirosina son yodados para convertirse en monoyodo y diyodotirosinas, que son finalmente acoplados para formar Triyodotironina (T3) y Tetrayodotironina o Tiroxina (T4). Para este proceso es necesaria la expresión de los factores de transcripción de la tiroides TTF1, TTF-2 y PAX-8. Como consecuencia de la deficiencia se produce: bocio, abortos, anomalías congénitas e hipotiroidismo que estigmatizan al niño desde la cuna.

Objetivo: Esta Norma Oficial Mexicana tiene como objetivo establecer los criterios, actividades, procedimientos y técnicas operativas para la prevención y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

Campo de aplicación: Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Para efectos de esta Norma se entiende por:

Atención primaria, a la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su participación; representa el primer contacto con el Sistema Nacional de Salud.

Agentes bociógenos: a los factores que presentes en la dieta o en el ambiente, están relacionados con tioglucósidos, que al ser digeridos liberan tiocinatos, los cuales pueden inhibir la absorción de yodo, como: soya, nabo, cacahuate, col, sulfonilureas, litio, ácido aminosalicílico y amiodarona.

Bocio: al aumento del volumen en la parte antero inferior del cuello debido a crecimiento difuso o nodular de la glándula tiroides.

Bocio endémico: al crecimiento de la glándula tiroides, vinculado a deficiencia de yodo. Incluye: Bocio difuso (endémico) y Bocio multinodular o nodular (endémico). Desde el punto de vista epidemiológico, se considera que el bocio es endémico cuando, sin importar el grado, afecta 5% o más de la población de 6 a 12 años de edad o a 30% o más de la población total de una localidad o región.

Brote: a la ocurrencia de dos o más casos, asociados o no epidemiológicamente, en una zona no endémica.

Caso: a todo individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Caso confirmado: al caso sospechoso, cuyo diagnóstico se confirma por los procedimientos adecuados.

Caso sospechoso: a la persona en riesgo que por vivir o provenir de una zona endémica es susceptible de presentar sintomatología de enfermedad por deficiencia de yodo.

Comunicación educativa: al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de

mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

El documento de consentimiento informado

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados:

- ✓ Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
- ✓ Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- ✓ Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- ✓ Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar.
- ✓ Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- ✓ Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.
- ✓ Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos.
- ✓ Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
- ✓ Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado.

También deben de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación. Su participación siempre es libre y voluntaria.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información.

El consentimiento informado consta de dos partes:

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

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado. Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

- b) Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos.

Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir. Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- ❖ Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- ❖ Intervención quirúrgica.
- ❖ Procedimientos para el control de la fertilidad. Participación en protocolos de investigación.
- ❖ Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- ❖ Procedimientos invasivos. Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- ❖ Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

1. Que el trabajo de parto consiste en una serie de mecanismos activos y pasivos que tienen como finalidad modificar el cuello del útero y permitir la expulsión fetal y placentaria por vía vaginal.

2. Que existen tres etapas en dicho trabajo de parto que son: la dilatación y el borramiento del cuello del útero, el descenso y la expulsión del feto, y el alumbramiento de la placenta.

3. En ocasiones la atención del trabajo de parto podría presentar complicaciones imprevistas e impredecibles en alguna de sus etapas.

4. Que las principales complicaciones materno-fetales que pueden aparecer y comprometer mi estado de salud o el de mi bebé, en algunos casos con riesgo potencial de muerte, son:

- Trabajo de parto estacionario y/o falta de dilatación y progreso.
- Alteración de la contractilidad uterina.
- Desgarros cervicales/perineales.
- Sufrimiento fetal agudo: Implica un feto en riesgo de morbi-mortalidad relacionado con disminución del aporte de oxígeno a nivel cerebral (encefalopatía hipóxica).

En la actualidad no disponemos de métodos que nos permitan detectar fiel y precozmente dicho estado, sin embargo, en muy raras ocasiones éste causa secuelas neurológicas permanentes (parálisis cerebral) y lo común es la supervivencia fetal sin secuelas.

De presentarse secuelas neurológicas, éstas se relacionan principalmente con lesiones neurológicas intrauterinas previas, tales como:

- Atonía uterina posparto.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Desprendimientos placentarios.
- Prolapso de cordón.
- Acretismos placentarios (invasión anormal de la placenta en la pared del útero).
- Nudos verdaderos de cordón.
- Ruptura uterina.
- Inversión uterina posparto.
- Distocia de hombros (interposición de los hombros durante la expulsión fetal).

- Embolia de líquido amniótico (líquido amniótico en los pulmones de la madre).

5. Habitualmente, durante el expulsivo se requiere la práctica de la episiotomía que posterior al parto deberá ser suturada y que sus posibles complicaciones pueden ser: desgarros perineales, que en casos extremos pueden incluir el esfínter externo del ano y recto, dolor, formación de hematomas, infecciones de la herida, dehiscencia de la sutura y, a largo plazo, fístulas rectovaginales.

6. Potencialmente un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, aplicando fórceps, espátulas o ventosas especialmente diseñadas para ayudar en aquellos casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, se me ha explicado que los riesgos del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la cabeza fetal y los desgarros perineales en la madre.

7. Que si bien existen grupos de riesgos en donde es más frecuente que se presenten dichas complicaciones, eso no excluye el que puedan aparecer en mujeres sanas sin ningún riesgo obstétrico identificable. Por tanto, se me ha explicado que determinadas situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal tales como:

- Mayores de 38 y menores de 15 años.
- Primíparas y grandes multíparas.
- Obesidad y desnutrición.
- Fumadoras y fármaco-dependientes.
- Embarazos no deseados.
- Embarazos con pocos o ningún control prenatal.
- Cesáreas anteriores u otra cirugía uterina principalmente con placenta previa (riesgo de acretismo).
- Embarazos múltiples.
- Fetos macrosómicos (peso mayor de 4.000 gramos).
- Fetos con bajo peso o retardo del crecimiento intrauterino.
- Fetos con malformaciones congénitas/cromosómicas (en ocasiones pueden no ser evidenciables).
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas: podálica, cara, frente, bregma, transversa, oblicua.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo: hipertensión crónica o preeclampsia.
- Diabetes antes o durante el embarazo.
- Amenaza o trabajos de partos prematuros (menores de 38 semanas).
- Oligohidramnios (disminución de líquido amniótico).
- Polihidramnios (aumento de líquido amniótico).
- Ruptura prematura de membranas.
- Embarazo en pacientes con: Abortos previos, antecedentes de esterilidad, anomalías congénitas de genitales, miomas uterinos, masas anexiales. Enfermedades cardíacas, renales, hematológicas, neurológicas, hepáticas, metabólicas, inmunológicas, infecciosas, osteoarticulares o mentales.

Consentimiento informado quirúrgico

La Ley 41/2002 define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (artículo 3). Con esta definición, la ley establece una obligación legal para el personal sanitario estableciendo que toda actuación en el ámbito de la salud precisa el consentimiento libre y voluntario del paciente, una vez que reciba la información y haya valorado las opciones propias del caso (artículo 8.1). Así, el consentimiento informado sólo puede ser entendido desde la existencia de 2 derechos:

*El derecho para la toma de decisiones (consentimiento) y el derecho a un proceso informativo que garantice la mejor decisión. Cada uno de estos puntos presenta peculiaridades y problemas en la práctica quirúrgica. En referencia a la primera cuestión, la autonomía para la toma de decisiones, diremos que es precisamente el principio de autonomía el punto de partida para el reconocimiento de la capacidad de decisión de la persona de todas aquellas actuaciones sobre su cuerpo, y por lo tanto, para aceptar o rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico en el ámbito sanitario. Una vez más, la principal limitación al ejercicio de la autonomía es la cultura paternalista que impregna gran parte de la relación médico-paciente; pero, además, hay otras limitaciones que acentúan esta deficiencia en la toma de decisiones y que se manifiestan en coacciones que limitan la conformidad libre y voluntaria en algunos pacientes. Nos referimos aquí a la coacción como sinónimo de “conformidad bajo amenaza”, sino a situaciones cotidianas en la práctica clínica que limitan o impiden la libertad en la toma de decisión. Sin duda, la situación más frecuente es la rúbrica del documento de consentimiento informado en la propia consulta o ante quirófano sin lectura ni reflexión previas, situación que desvirtúa su sentido y finalidad, anula su validez y coloca al profesional en la sospecha de la coacción, tal como han entendido algunos tribunales cuando han tenido que pronunciarse al respecto. Por ello, la Ley ha insistido en esta conformidad libre, consciente y voluntaria en contraposición con todas las acciones sistemáticas que conduzcan a una firma irreflexiva, prematura y sin información.

*El segundo aspecto que se debe considerar, el proceso informativo, debe contemplar al consentimiento informado como el último eslabón en dicho proceso y cuya culminación es la autorización, verbal o escrita, para llevar a cabo un procedimiento una vez valoradas las diferentes alternativas. Como ya se comentó con anterioridad, la práctica asistencial actual, caracterizada por la masificación, impide que en la mayoría de estas situaciones pueda llevarse a cabo un proceso informativo adecuado, es decir, basado en diferentes actos informativos que permitan la asimilación de la información, la discusión de las dudas presentadas y una correcta valoración de las alternativas.

Este modelo “progresivo” en el consentimiento sería, por lo tanto, el contexto ideal en el que deberíamos desarrollar nuestra actividad para alcanzar un consentimiento tal como pretende la Ley aunque, desgraciadamente, nuestra

realidad poco o nada tiene que ver con esta situación de excelencia. En efecto, nuestra labor actual se caracteriza por un volumen asistencial que impide disponer de tiempo suficiente para la información, limita la oportunidad al diálogo y, en definitiva, dificulta la progresión en la información. Por ello, nuestra realidad se caracteriza por un modelo “puntual” de consentimiento que, en el mejor de los casos, proporcionará al enfermo un volumen informativo excesivo y único en el tiempo para, posteriormente, colocar un documento de consentimiento para su firma.

Recomendaciones para el proceso de consentimiento informado en pacientes quirúrgicos:

1. Recomendaciones durante el proceso informativo
2. Informar de forma verdadera, simple, aproximada, leal e inteligible sobre los diferentes aspectos del diagnóstico y las opciones quirúrgicas
3. Realizar una información progresiva en diferentes actos dejando constancia escrita en la historia clínica
4. Informar exhaustivamente cuando se solicita autorización para la práctica de técnicas no validadas o ante indicaciones cuestionables
5. Recomendaciones para la obtención de la autorización
6. Evitar un consentimiento bajo persuasión, manipulación o coacción
7. Eludir el consentimiento puntual, basado en la firma del documento, y buscar un consentimiento progresivo, basado en el diálogo gradual con el paciente
8. Garantizar un período de reflexión entre el acto informativo y la autorización
9. Evitar la firma del documento en el acto quirúrgico
10. Eludir durante la consulta la firma del documento sin su lectura o reflexión
11. Entregar personalmente al paciente el documento de consentimiento dejando constancia escrita en la historia clínica
12. Evitar la entrega del documento a través de una enfermera o un administrativo.

La exigencia de capacidad para la toma de decisión debe entenderse como la posibilidad de expresión de la voluntad una vez entendido el acto quirúrgico, sus consecuencias y ventajas alternativas; en definitiva, la capacidad es entender la información suministrada y poder elegir la mejor opción según los intereses personales de forma racional y autónoma.

Cuando el paciente no posee capacidad para otorgar su consentimiento nos encontramos ante el denominado “consentimiento por representación”, previsto en la ley en su artículo 9.3 y en el cual se delimitan 4 situaciones:

– Enfermos incapacitados por su estado físico/psíquico. La Ley prevé que en aquellas situaciones en las que el paciente no se encuentre en condiciones de autorizar un procedimiento, ya sea por un condicionamiento físico (estado de inconsciencia, intoxicaciones, etc.) o psíquico (trastornos mentales), el cirujano recabará la autorización de su representante legal y, si carece de

éste, de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La obtención de este consentimiento deberá efectuarse a través de las personas más próximas al enfermo y no de forma indiscriminada a cualquier persona que tenga la condición de familiar o allegado. En raras ocasiones se planteará un conflicto entre familiares o allegados (un ejemplo típico son la ex esposa y la nueva cónyuge, nietos y sobrinos) para decidir quién autorizará la intervención. En estas circunstancias debemos abandonar el ritualismo familiar y recurrir a la persona que en realidad se ocupa del cuidado y la atención del paciente en el momento en que se produce su enfermedad.

– Enfermos incapacitados para la toma de decisión según el criterio del médico responsable de la asistencia. Ésta es una cuestión de especial relevancia para la práctica quirúrgica, al recaer en el cirujano la responsabilidad para valorar la incapacidad de su paciente. Todos somos conscientes, en nuestra práctica quirúrgica, de que hay ciertos pacientes que por sus características no nos parecen idóneos para responsabilizarse de la toma de decisión. Al igual que en el caso anterior, la Ley establece que bien su representante legal, o bien la persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho, serán los encargados de otorgar el consentimiento.

Hay 2 limitaciones prácticas de esta potestad del médico responsable para establecer la capacidad de su paciente. Por un lado, esta posibilidad legal debe entenderse como una fórmula excepcional para la incapacitación del paciente por parte del cirujano y no como una norma que permita la toma de decisión por parte de allegados al paciente sin que éste haya sido informado ni participe en la toma de decisión. Por otro lado, esta Ley prevé en su artículo 5.2 que el paciente sea informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y, por ello, debemos esperar que haya cierta capacidad de decisión en función de sus posibilidades de entendimiento. No obstante, la individualización de cada caso debe ser la norma y, recurriendo al principio de este punto, será el propio cirujano quien establezca de forma individualizada si dicho paciente está capacitado para la firma del documento.

– Pacientes incapacitados legalmente. En este supuesto se encuentra establecido un representante legal en quien recaerá la potestad de otorgar el consentimiento, siempre adecuada a las circunstancias, proporcionada a las necesidades, a favor del paciente y respetando su dignidad personal, tal como refiere la ley en su artículo 9.5. No obstante, se mantiene la obligación de informar al paciente en el contexto de su capacidad, tal como se comentó con anterioridad (artículo 5.2).

– Pacientes menores de edad. La Ley establece 2 contextos diferentes para otorgar el consentimiento en menores. El primero de ellos se refiere al paciente menor que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el cirujano recabará la autorización de su representante legal (padres, tutores, representantes) pero, en el supuesto de que el menor tenga 12 años, deberá cumplir con la obligación de informar al paciente y conocer su opinión. Esta obligación se encuentra fundamentada jurídicamente en la Ley Orgánica 1/1996 de

Protección Jurídica del Menor⁵, en la que se reconoce el derecho del menor a buscar, recibir y utilizar la información adecuada para su desarrollo.

El segundo contexto aludido anteriormente se refiere a menores no incapaces ni incapacitados pero emancipados o con 16 años cumplidos en quienes, según el texto de la Ley, “no cabe prestar consentimiento por representación”, aunque, tal como recoge la propia Ley, “en caso de actuación de grave riesgo y según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión”.

Por lo tanto, y como norma general, no cabe el consentimiento por representación en menores con más de 16 años o emancipados, y en estos casos será el propio menor quien firme el documento de consentimiento informado. A pesar de esta capacidad para la toma de decisión, hay 3 supuestos en los que un menor emancipado o con 16 años cumplidos no puede otorgar su consentimiento y que se refieren a los supuestos de trasplante de órganos (como receptor o donante vivo), esterilización, cirugía transexual, interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de re-producción humana asistida. A pesar de la nueva Ley, subsisten diferentes problemáticas relacionadas con el manejo quirúrgico de menores, algunas de las cuales comentaremos a continuación.

La primera se sitúa en los conflictos derivados de la discrepancia entre la voluntad del menor y sus padres, tutores o representante legal. En caso de que el menor reúna condiciones de madurez prevalecerá la voluntad del menor, pero en aquellas circunstancias en las que haya dudas acerca de dicha madurez se precisará la consulta al juez. Sólo en los casos de urgencia vital será el propio cirujano quien, amparado en el estado de necesidad, decidirá sobre la mejor opción diagnóstico/terapéutica para el beneficio del menor.

La segunda situación conflictiva se plantea cuando la voluntad del tutor o representante es maleficente para la salud del menor. Una situación característica de esta problemática es la negativa a la transfusión de un menor por parte de unos padres pertenecientes a la congregación de los Testigos de Jehová.

En esta situación, el cirujano debe notificar el caso al juez de guardia, pero si se trata de una situación vital deberá ejercitar su posición de garante y proceder a la mejor opción diagnóstico/terapéutica en beneficio del menor; su decisión estará amparada en el estado de necesidad. Finalmente, en menores con padres separados debe informarse y recabar la autorización de ambos progenitores, salvo en las situaciones que no permitan demora, en cuyo caso sería suficiente la autorización del cónyuge que tuviese atribuida la custodia del menor.

Imprudencia

en ámbito profesional

Es un acto irreflexivo o torpe que implica un cierto riesgo para el que lo comete o para otros.

La imprudencia hace referencia a acciones que realiza un profesional de enfermería de forma temeraria, y que por ello son previsibles desde un punto de vista objetivo, por lo que al cometer una de ellas, se puede estar incurriendo en delito. Es posible e inexcusable, como sea de la mano es la confianza excesiva del médico en la banalidad del cuadro clínico del paciente, o en la percepción de que las complicaciones importantes no pueden ocurrir; y por lo tanto no tomar medidas para prevenirlas.

Un concepto a esto incluye al comportamiento descuidado, de abandono y omisión del cuidado exigible. Actuaciones que constituyen una actuación competente por no haber adquirido conocimientos precisos, por desactualización indebida o dilación inexcusable, que se traducen en negligencia manifiesta.

Es la transgresión de deberes técnicos que convierte la acción como peligrosa e incompatible con el ejercicio de la profesión médica.

Clases de Imprudencia

- Distinción tradicional: grave y leve (Cercenaria y simple) a "poder saber" - "deber enter". Diferencias: No en atención al resultado
- ✓ **Grave**: Omisión de la más elemental precaución o impetencia inexplicable fuera de toda justificación posible. (penal)
- ✓ **Leve**: Todo lo que fuera patentemente gracioso (civil).
- ✓ **Imprudencia fuera grave**: interpretaciones posibles.

Infracción del deber de cuidado

Los dos pilares sobre los que descansa la citada estructura, los constituye la infracción del deber de cuidado, la imputación del resultado anti-jurídico no querido.

a) El denominado deber ser objetivo de cuidado.

En la estructura el denominado "deber objetivo del cuidado" no describe ninguna función ni conceptual, ni estructural, que puedan desplegar en la práctica resultados como los que aparentemente se pretenden con la citada categoría, es decir, contribuir a la delimitación de la imprudencia de forma segura y objetiva.

La referencia al modelo normativo del cuidado generalmente exigible representa un instrumento auxiliar en la formulación del juicio de reproche, al que cabe conceder un cierto valor heurístico pero que no constituye un propio elemento del delito culpable.

b) El deber de cuidado como deber subjetivo.

La infracción del deber de cuidado ha de ser establecida por referencia al que podía, debía prestar, personalmente el actor.

El resultado y su imputación.

El resultado leona, resulta, en la estructura del delito imprudente, un elemento esencial que se encuentra conectado a la infracción del deber de cuidado por un nexo causal o relación de causalidad que se erige en el primer presupuesto para la imputación objetiva del resultado. Es decir, desde una perspectiva abstracta la relación causal o relación a este resultado, un elemento lógico absolutamente insustentable desde la perspectiva del tipo objetivo del delito conectado bajo la forma de culpabilidad imprudente.

La imprudencia en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la jurisprudencia menor.

Existe abundante jurisprudencia sobre el delito imprudente y su estructura, a la que se ha hecho referencia en el epígrafe. La jurisprudencia menor ha recogido la doctrina del Tribunal Supremo. Por su valores deben recogerse, como exponente.

La imprudencia puede integrarse por un "elemento psicológico" que consiste en el poder y facultad humana de prevenirse a gravemente y que se traduce en la posibilidad de conocer y evitar el resultado, y un "elemento normativo".

El deber de cuidado, que está en la base de toda imprudencia, puede presentarse tanto de un precepto jurídico, como un rasgo de la común experiencia general, adaptada en el desenvolvimiento ordinario de la vida.

Bibliografía

<http://www.enfermeriaourense.org/index.php/organizacion/codigo-deontologico/14-capitulo-ix-el-personal-de-enfermeria-ante-el-derecho-que-toda-persona-tiene-a-la-libertad-seguridad-y-a-ser-reconocidos-tratados-y-respetados-como-seres-humanos>

<http://www.policlinicodeldocente.com.ar/pdf/El-consentimiento-informado-quirurgico.pdf>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/03/13/normas-oficiales-mexicanas-para-enfermeros/>

<http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4370/salud1a/salud1a.htm>

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LLEN/f829e59a6ba3c2d320fd074dddc52707-LC-LLEN802.pdf>

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012