

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAESTRIA EN DOCENCIA
UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

**“IMPLEMENTACIÓN DE TALLERES EN ETICA MÉDICA PARA LA PRÁCTICA DE
MÉDICOS RESIDENTES DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN BARTOLO”**

Por:

Dra. Catalina Mercedes Almeida Torres

Director

Dr. Antonio Crespo B.

QUITO, 2013

AGRADECIMIENTOS

Gracias a DIOS amo de nuestra VIDA y los angelitos como familiares y amigos que me han apoyado en la realización de esta Tesis.

A la Dra. Elizabeth Crow, Alicia Montero, Antonio Crespo y Oscar Flores por su apoyo y consejería en el desarrollo del presente trabajo.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	II
INDICE	III
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	5¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I.....	6
ÉTICA.....	6
1.1.-DESCRIPCIÓN GENERAL	6
1.2.- Ética Médica	7
1.3.- Ética Neonatal	8
1.3.1 DECISIONES QUE SE TOMAN	9
1.3.2 CRITERIO QUE FUNDAMENTA LAS DECISIONES.....	11
1.3.3. QUIEN PARTICIPA DE LA DECISIÓN	12
1.4 Ética en el Ecuador.....	13
1.5 Calidad de vida.....	14
1.6 Muerte.....	15
1.6.1.- MUERTE BIOLÓGICA Y MEDICINA	16
1.6.2.- EVOLUCION DE LAS ESTIMACIONES DEL ESTADO DE MUERTE	16
1.6.3.- MEDICINA FORENSE	16
1.6.4.- MUERTE CEREBRAL	17
1.6.5.-MUERTE INSTANTÁNEA.....	18
1.6.6.-LA MUERTE COMO CONTRASTE	18
1.6.7.-CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS MUERTE HUMANA.....	18
1.6.8.-EL DESEO Y LA CAPACIDAD DE MORIR.....	19
1.6.9.-LA MUERTE EN LA SOCIEDAD HUMANA	19
CAPITULO II.....	20
HOSPITAL SAN BARTOLO.....	20
2.1.-HISTORIA Y FUNCIONAMIENTO.....	20
2.2.-NUESTROS VALORES	21

2.3.-FUNCIONAMIENTO.....	21
CAPÍTULO III.....	23
3.1.-DIAGNÓSTICO.....	23
3.2.-RESULTADOS.....	23
3.3.-METODOLOGÍA.....	24
3.3.1.-¿QUE ES EL ABP?.....	24
3.3.2.-CARACTERISTICAS DEL ABP.....	25
3.3.3.-PROCESO DE PLANIFICACION DEL ABP.....	25
3.3.4.-DESARROLLO DEL PROCESO DE ABP (5-7 ESTUDIANTES).....	26
3.3.5.-ROL DEL PROFESOR.....	26
3.3.6.-ROL DEL ESTUDIANTE.....	27
3.3.7.-EVALUACIÓN DEL ABP.....	27
3.4.-DESARROLLO DE LOS TALLERES Y PROPUESTA DE LA GUIA.....	28
3.4.1.- PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA.....	28
3.4.2 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	37
3.4.3.- EL MEDICO Y LA COMUNIDAD.....	448
3.3.4.-EL MEDICO Y SUS COLEGAS.....	57
3.3.5 LA ÈTICA Y LA INVESTIGACIÒN MÈDICA.....	63
CAPÍTULO IV.....	68
DISCUCIÓN.....	68
CAPÍTULO V.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
5.1 CONCLUSIONES.....	69
5.2 RECOMENDACIONES.....	70

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la ética para el cuidado de la salud es tarea esencial, difícil, estimulante a la vez. Deben formularse políticas apropiadas para que el médico tenga una guía válida al encarar situaciones críticas.

El ejercicio de una ética profesional sólida protege al profesional de la salud de cometer errores. Defendiendo el derecho a la salud, con calidad de vida. Las instituciones deben crear sus comités para dilucidar los problemas éticos que pueden presentarse en la práctica diaria y crear programas de educación continua para mantener una retroalimentación ética de todos sus miembros.

La Neonatología del Hospital San Bartolo es una Unidad técnica y administrativa destinada a brindar atención médica y de enfermería a los recién nacidos sanos y enfermos, nacidos en el Hospital, en otros sitios de la ciudad o de provincias de donde eventualmente son transferidos por convenio establecido con el Ministerio de Salud o el IESS.

El personal médico de esta área, apoyado por enfermeras especializadas, con la proyección de dar formación a estudiantes, trabaja con solidaridad desde la perspectiva de otorgar el cuidado especial que requiere el recién nacido.

Las dificultades de las Unidades de Neonatología, en las que el profesional trata al paciente en dos momentos realmente críticos: el inicio, que a su vez puede ser el fin de una vida, requieren de una actitud reflexiva frente a dos dudas existenciales: 1) Se debe usar todos los recursos de la ciencia para salvar esa vida en particular? O Se debe permitir que la naturaleza siga su curso y dejar que la vida dependa de la voluntad de vivir del nuevo ser?;2) Quién decide cuál de los dos caminos seguir: el profesional o la familia?

La salud del recién nacido marca el inicio de una vida pródiga o afectada por complicaciones en el futuro por lo que se hace necesario que, en casos especiales el equipo médico dilucide sobre estrategias específicas para resolver problemas de salud que tienen además connotaciones éticas.

Los problemas que se ven día a día están enlazados con la salud pública y tienen que ser vistos con una óptica científico-técnica y humana bajo la luz de lo que se hace en algunos

centros de salud de nuestro entorno y lo que se hace en el exterior donde funcionan los Comités de Ética.

Se ha constatado la necesidad de sistematizar la atención que brindan los profesionales de salud en formación, dirigidos por el médico con quien aprenden a deliberar sobre la ética médica y los derechos humanos, para lo cual se propone implementar talleres en Ética médica para la práctica del médico residente. En la práctica médica la Ética aparece en el mundo científico como el estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso médico a nivel de la relación: médico-paciente; institucional e inter-institucional, su repercusión en la sociedad y su sistema de valores. Puede definirse como “mecanismo de coordinación e instrumento de reflexión para orientar el saber médico y tecnológico en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana.

En las unidades de neonatología el profesional enfrenta problemas difíciles de resolver que tiene una connotación familiar y social por lo que la tesis sugiere realizar talleres con la metodología de aprendizaje basado en problemas para reflexionar y encontrar una respuesta.

El objetivo de esta investigación es conocer cómo se puede implementar talleres en Ética médica para la práctica del médico residente del Hospital San Bartolo y contribuir a la formación académica integral del médico siguiendo el Manual de la Asociación Médica Mundial.

Los principios de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía deben ser parte del quehacer diario del médico y mantenerlo en formación continua.

La ética médica es un medio por el cual el médico residente puede tener bases teórico-científicas que contribuyen en la toma de decisiones.

Se propone talleres como espacios de reflexión para llegar a acuerdos éticos en la práctica médica cotidiana.

Además se ratifica la necesidad de crear comités de Ética en cada institución para dilucidar los problemas médicos e incentivar con una perspectiva más juiciosa lo que pasa alrededor y da más discernimiento al tomar decisiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las unidad de neonatología el profesional enfrenta situaciones difíciles de resolver que requieren una atención especial por ejemplo: estancia prolongada de hospitalización, malformaciones, traumas durante el parto, enfermedades agudas e irreversibles, abandono y mal trato al recién nacido con implicación familiar y social. Es preciso dar respuestas desde un punto de vista ético médico con la participación del personal de planta y un familiar del lactante para que con una actitud reflexiva se llegue a la respuesta frente a los problemas de salud del neonato y su entorno familiar.

JUSTIFICACIÓN

El servicio de neonatología del Hospital San Bartolo es unidad técnica y administrativa destinada a brindar atención médica y de enfermería a los recién nacidos sanos y enfermos, nacidos en el hospital, en otros sitios de la ciudad o de provincias de donde eventualmente son transferidos por convenio establecido con el Ministerio de Salud o el IESS.

El personal médico de esta área, apoyado por enfermeras especializadas, trabaja solidariamente desde la perspectiva de otorgar el cuidado especial que requiere el recién nacido.

La unidad tiene una cobertura para cuatro niños en cuidados intensivos neonatales, seis para intermedios y de crecimiento.

Con el fundamento anterior se constata la necesidad de sistematizar la atención que brindan los profesionales de salud en formación dirigidos por el médico con quien aprenden a deliberar sobre toma de decisión en situaciones sobre ética médica y de derechos humanos, para lo cual se propone talleres en ética médica para la práctica del médico residente.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Implementar talleres en Ética médica para la práctica del médico residente de neonatología del Hospital San Bartolo y contribuir en su formación académica integral.

Objetivos Específicos:

- Conocer los fundamentos de la ética médica en relación con el ejercicio del médico residente.
- Conocer que elementos de la ética médica están aplicando los médicos residentes.
- Conocer la herramienta pedagógica aprendizaje basado en problemas como técnica educativa de reflexión.
- Implementar talleres en ética médica para la práctica de médicos residentes.

METODOLOGIA

Constructivista de aprendizaje significativo haciendo uso de la técnica de aprendizaje basado en problemas que involucra activamente al estudiante.

Metodología que interiorisa en el estudiante el saber (conocimiento), el saber hacer (habilidad) y el saber ser (actitud).

Aprendizaje Basado en Problemas

¿QUE ES EL ABP?

El **ABP** es una metodología **centrada en el aprendizaje activo**, la investigación y reflexión que siguen los alumnos para llegar a una solución ante un problema planteado por el profesor. Promueve: favorecer, desarrollar y trabajar las **competencias** del alumno. Enfoca solucionar problemas, tomar decisiones, trabajar en equipo, desarrollar habilidades de comunicación, actitudes, valores, búsqueda y manejo de información. Para alcanzar una solución adecuada.

Los talleres se desarrollaron siguiendo la guía de la Asociación Médica Mundial(38) Previa una inducción en ABP a los médicos residentes.

CAPÍTULO I

ÉTICA

1.1.-DESCRIPCIÓN GENERAL

Es importante reforzar la reflexión y actitud ética en la práctica del médico además de entregar herramientas destinadas a encontrar soluciones éticas a los problemas de esta manera se pretende fortalecer el ejercicio del profesional médico. Por eso este trabajo aspira estimular la reflexión ética individual y el debate en un contexto de equipo multidisciplinario. De esta manera se pretende fortalecer la relación médico-paciente a través de la práctica ética. No es una lista de lo que está “bien y mal” sino un intento de sensibilizar la conciencia del médico, que es la base en toda toma de decisión segura y ética. En toda atención la primera consideración debe **ser el beneficio del paciente.**

Los derechos de los pacientes fueron señalados en la Primera Declaración de Derechos del Paciente promulgada por la Asociación Americana de Hospitales Privados de Norteamérica en 1973 la carta de relación de los Derechos de los Enfermos en hospitales privados de Norteamérica consagra derechos de los pacientes: el derecho a la vida, el derecho a la asistencia sanitaria con respeto, consideración, derecho a la información, a proteger su intimidad y exigir el respeto a la confidencialidad de sus datos personales; base de la ética médica(25).

En el Informe de Belmont (EEUU- 1978)(26) una comisión anunció los principios que deben regir la Ética de la investigación clínica: **a) No maleficencia b) Justicia c) Beneficencia y d) Autonomía.**

Los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación deben asegurar que los proyectos cumplan las regulaciones éticas. La investigación clínica en Alabama-Tuskegee (1932-1972) violó los dictámenes éticos y jurídicos de esta práctica. Para conocer la evolución natural de la sífilis rechazó el empleo de penicilina a enfermos de etnia negra que tenían sífilis resaltando la discriminación racial. Acto repudiado que dejó un precedente nefasto en la historia de la investigación.

La Ética establece una relación médico-paciente de tipo horizontal, más cálida y sensible mediante la humanización de la Medicina.

El principio de “primun non nocere” que significa: “Primero no hacer daño” respalda la responsabilidad del trabajador de la salud; respecto al seguimiento atinado del paciente: “sin hacer daño” y procurar una mejor calidad de vida (7).

Debe tenerse el referente del valor de la vida; el desarrollo armónico y ético de ésta desde su concepción hasta su fin: la muerte. Identificar al ser, en su esencia, su existencia y su fin, sus valores intrínsecos, derechos: trato respetuoso y considerado que merece todo ser humano: un derecho inalienable y bien ganado en consecuencia su violación debe ser penada con sanciones legales.

1.2.- Ética Médica

Estudio de la moralidad una reflexión y análisis cuidadoso, sistemático de las situaciones, procesos y toma de decisiones, sean pasados presentes o futuros. La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento.

El lenguaje de la moralidad incluye juicios de hecho (objetivos) y función de valor, los primeros son los sustantivos como: “derechos” “responsabilidades” “virtudes” y los segundos son los adjetivos: “bueno” “malo” “correcto” “equivocado” “justo” e “injusto”(1) .

De acuerdo a esto la Ética es una cuestión de “saber” la Moralidad es “saber hacer” desde lo bueno y lo justo. Su estrecha relación consiste en la preocupación de la Ética por entregar criterios racionales para que la gente decida o se comporte de cierta manera en lugar de otra.

Reglas básicas de la Ética médica (20):

1. Respeto a las personas
2. Respeto por las personas
3. Consentimiento informado

El estudio de la Ética médica prepara al estudiante a reconocer situaciones difíciles, tratarlas de manera racional y con principios. La Ética es importante en las relaciones del médico con la sociedad, sus colegas y para la realización de la investigación médica (3)(11)(13)(28).

1.3.- Ética Neonatal

El desarrollo de la Neonatología iniciado en los años 50 en los Estados Unidos ha logrado mejorar las tasas de mortalidad Infantil y neonatal con la consiguiente creación de las unidades de cuidados neonatales y la aplicación de tecnología avanzada para resolución médica y quirúrgica disminuyendo la mortalidad neonatal en más de un 50%. Alcanzar porcentajes de sobrevivencia en prematuros de muy bajo peso 75 a 80%, disminuir la viabilidad a 23 semanas y lograr sobrevivencia de recién nacidos operados de severas anomalías congénitas que antes fallecían (27). En nuestro país el Ministerio de Salud plantea una tasa de mortalidad infantil 19,06 muertes por 1000 nacimientos (2011) y la neonatal 10 (2010)(37)

Los avances tecnológicos han traído un nuevo escenario epidemiológico con presencia de patología crónica en muchos de los sobrevivientes.

Situaciones clínicas como prematuridad y sus límites de viabilidad, malformaciones congénitas graves, enfermedades degenerativas o secuelas de asfixia perinatal con graves alteraciones neurológicas nos enfrentan a decisiones difíciles por la futura calidad de vida del niño. El equipo médico y los padres deben confrontar valores que pueden ser diferentes en uno y otros. Es importante analizar las decisiones que se toman, el criterio que las fundamenta y las personas que participan de la decisión(35).

Se consideran los fines de la medicina, la buena práctica médica, el concepto de calidad de vida, la proporcionalidad de las medidas terapéuticas y la necesidad de apoyar a los padres para una participación más activa en las decisiones que afectan a sus hijos.

Visto así, es indudable que la práctica clínica de la neonatología apunta hacia un presente y un futuro muy complejo para la toma de decisiones, donde ya no basta el juicio clínico experto del médico, además considerar los derechos de los pacientes, como la valoración de la autonomía de los padres y el acceso igualitario de todos a la asistencia sanitaria con criterios de distribución equitativa de recursos (5)(31).

Los criterios éticos se presentan a diario y deben ser resueltos en los distintos ámbitos: de los médicos perinatólogos y neonatólogos como tratantes individuales o como parte de un equipo; de las instituciones prestadoras de atención médica donde esté siendo atendido el paciente; de las instituciones aseguradoras por las coberturas económicas y de las autoridades en cuanto gestores políticos (31).

La tradición hipocrática fundada en el principio de beneficencia, exige del médico actuar en concordancia con su juramento y cumplir con el deber de decidir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean buenos para su paciente, evitando caer en una conducta de maleficente, si provoca un daño intencionado. Ante esta situación el médico en primer lugar debe definir cuál es el objetivo o fin que persigue la práctica de la medicina; ello es: sanar la enfermedad, lograr la sobrevivencia a largo plazo o corto plazo, ofrecer una razonable calidad de vida, aliviar el dolor y sufrimiento.

En el caso del neonato enfermo podemos decir que ello se resume en: 1.- salvarle la vida y permitirle la vida a largo plazo, 2.- sólo prolongarle la vida porque no es posible la vida a largo plazo, y 3.- minimizar el sufrimiento y maximizar el confort (10)(30).

El primer conflicto en la toma de decisiones es el uso de los medios terapéuticos deben adecuarse a los fines que se persiguen y por tanto cuando el tratamiento no es beneficioso o sea inefectivo, se puede y se debe plantear decisiones de limitar el esfuerzo terapéutico, para no caer en la obstinación terapéutica que es maleficente(26)(9).

En general las situaciones de conflictos se pueden analizar desde tres puntos de vista (1)(27):

- 1.- Qué decisiones se toman?
- 2.- En qué criterios se fundamenta dichas decisiones?
- 3.- Quiénes participan en la decisión?

1.3.1 QUE DECISIONES SE TOMAN?

Las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en cuidado intensivo neonatal están relacionadas a dos grupos de pacientes(10):

- Recién nacidos con enfermedades incurables, y,
- Los niños con alta probabilidad de severo daño futuro: “no iniciar maniobras de reanimación en sala de partos o ante una emergencia estando el recién nacido ingresado en cuidados intensivos presenta un paro cardio-respiratorio, no iniciar

cuidado intensivo neonatal, continuar el tratamiento sin agregar nuevas terapias, retirar ventilación mecánica, mantenimiento de medidas mínimas entre otras decisiones que puedan presentarse.

Estos problemas éticos se plantean frente a: prematuros extremos menores de 750 grs. de peso al nacer con complicaciones multisistémicas como: hemorragia intraventricular, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, graves malformaciones congénitas incompatibles con la vida como anencefalia, agenesia renal, trisomía 13, trisomía 18, otras malformaciones que producen alteración neurológica compatible con la vida, enfermedades metabólicas, degenerativas y casos de encefalopatía hipóxico isquémica grave (2)(6)(10).

Las estrategias de manejo en Neonatología son:

- “Estadística”; que decide limitar el esfuerzo terapéutico en determinadas categorías de pacientes basados en su pronóstico.
- “Esperar hasta la certeza”; donde se inicia tratamiento agresivo en todo niño potencialmente viable hasta alcanzar la certeza de muerte o coma irreversible.
- “Individualizada”; se inicia tratamiento y reevalúa regularmente su eficacia. Parece ser la mejor ayuda porque incluye al médico en su rol y a los padres en el suyo, decidiendo de acuerdo a la evolución clínica, aleja el riesgo de discriminación por determinar categorías de pacientes viables basados en su pronóstico y por otro el de daño por obstinación terapéutica.
- En la práctica cotidiana de Neonatología se parte ofreciendo tratamiento y se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico, las decisiones se toman con una gran variabilidad interindividual. Así como se parte ofreciendo tratamiento, se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico válida en tres situaciones:
 - 1) Cuando la muerte y a corto plazo es inevitable a pesar del tratamiento,
 - 2) Cuando el daño es tan severo que la muerte puede ser preferible a la vida y
 - 3) El gran dolor y sufrimiento que se produce al niño.

1.3.2 EN QUÉ CRITERIOS SE FUNDAMENTA DICHAS DECISIONES?

En Neonatología se plantea una postura entre cuidados extremos y la calidad de vida (27) (28).

La posición extrema define el vitalismo sostiene que la vida es el valor último y debe ser preservado, independiente del pronóstico, del costo y de cualquier consideración social, por lo tanto mientras exista latido cardíaco, respiración o actividad cerebral, se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para salvar la vida. El médico puede liberarse de tal deber al declararse la muerte del niño.

Una postura menos extrema es la de mantener terapia menos agresiva en pacientes que están muriendo. Esta posición distinta postula que todo niño tiene igual dignidad y respeto por lo que no puede negarse ningún tratamiento sobre la base de su deficiencia o futura calidad de vida, por lo tanto es deber tratar hasta que se considere que el niño está en proceso de morir, o cuando el tratamiento está contraindicado.

Entre los que aplican el criterio de calidad de vida existen muy variadas posiciones dado la dificultad de aplicar el concepto en los niños, pueden hacer desde una posición deontológica a una consecuencial de tipo utilitario.

Deontológica: estudia los fundamentos del deber y las normas morales. Obligación de proteger la vida considerando circunstancias internas, externas y valores. Puede concluir la no-obligatoriedad estricta, desde el punto de vista moral, el uso de medios extraordinarios. Es la ley moral.

Consecuencial: reconoce los derechos del niño acepta que ellos pueden ser sobrepasados por los intereses de terceros (padres, hermanos o la sociedad) lo que tiene el riesgo de discriminar a muchos niños incapacitados basado en lo que sería la utilidad social.

Siendo lo sagrado o divino absolutamente respetable e intocable, es un principio de la ley natural y la calidad como resultado de la realización de juicios prudentiales sobre situaciones concretas pone el respeto material y formal del carácter sagrado de la vida (8).

Calidad de vida son condiciones humanas de vida y satisfacción de las necesidades. De la dificultad de aplicar este concepto en recién nacidos que no son capaces de expresar sus propios valores. Aparece la diferencia entre lo que es calidad subjetiva del adulto y calidad objetiva aplicada al recién nacido, según el criterio se ve el bienestar del recién nacido.

El criterio “del mejor interés” es el criterio de calidad aplicado al niño, que debe estar centrado en el paciente con objetivos realistas de cuidado, de curación, de restauración, de mantención del estado actual, de minimización del dolor y del sufrimiento. Entonces todo niño tiene igual dignidad y respeto por lo que no puede negarse ningún tratamiento sobre la base de su deficiencia o futura calidad de vida por lo tanto es deber tratar hasta que el niño este en proceso de morir o cuando el tratamiento está contraindicado aplicando la proporcionalidad terapéutica (14) (15).

Los Neonatólogos consideran mala calidad de vida el dolor, sufrimiento, retraso intelectual o físico severo.

1.3.3. QUIENES PARTICIPAN EN LA DECISIÓN?

La decisión está subrogada a los responsables del recién nacido.

Está descrito como los padres y la familia, en caso de enfermedad sufren un compromiso emocional, que dificulta la comprensión de la información. Se requiere dar un apoyo integral para que puedan ejercer un auténtico consentimiento informado.

El médico debe usar todas sus habilidades de comunicación en la entrega de la información a los que deben decidir. Consciente de que esas decisiones traerán consecuencias para el recién nacido en el presente y en el futuro en la dinámica familiar(28)(32)(33).

Por tanto desde el punto de vista ético el neonatólogo y el pediatra deben proteger al paciente con recursos legales de amparo y protección al niño(27).

El modo más habitual de decidir en Neonatología es de manera individual o en equipo lo que puede ser causa de conflictos.

Estos pacientes son informados por una multiplicidad de profesionales diferentes cada día; es una fuente potencial de conflictos. Se debe por tanto definir un médico tratante que lleve la vocería.

Cuando no se da la importancia al compromiso emocional se entorpece la comunicación ello es otra fuente de conflictos, de allí la importancia de contar con el recurso de profesionales psicólogos y psiquiatras de enlace.

La participación del médico y personal de enfermería, de los padres y de la familia en las decisiones, exige del médico transparencia y veracidad de la información con énfasis en la comunicación que permita dilucidar lo mejor para el recién nacido constituyendo una instancia mediadora el Comité de Ética (31)(35)(36).

Como sociedad no estamos preparados para la muerte y menos aún la de un recién nacido. Por lo tanto es necesario replantear un enfoque multidisciplinario que enriquezca el conocimiento del problema desde el interior del mismo equipo de salud, integrado al análisis y reflexión. Comprender los valores del paciente, su familia cultura y entorno social, tanto a nivel micro como macro. Avanzar en el campo de la promoción de la salud entregando elementos para la reflexión y el análisis de los valores y preferencias de las personas a nivel de atención primaria.

1.4 Ética en el Ecuador

ETICA EN EL ECUADOR

ANEXO 3

CODIGO DE ETICA MÉDICA

Existe un Código de Ética médica en el Registro Oficial del 5 de agosto del año 1992 al que se le debería considerar para el ejercicio del profesional de la salud. En donde se plantea muy bien cada uno de los puntos para el ejercicio profesional: “Velar por el paciente y el médico”.

ANEXO 4

La Constitución del año 2008 en la sección séptima están las consideraciones para la salud donde se declara que es un derecho garantizado por el Estado en integración con todo aquello que sustenta calidad de vida buen vivir.

ANEXO 5

Declaración de Helsinki

Son los principios éticos establecidos para las investigaciones médicas en seres humanos. El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando de atención se trate.

ANEXO 6

Declaración de Tokio

Son las normas para los médicos en relación a la tortura u otros tratos inhumanos o degradantes impuestos a personas detenidas.

1.5 Calidad de vida

Representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo” incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en suma a la satisfacción individual de las necesidades(8).

Recientemente se da énfasis al término **BIENESTAR** (well being) como la cualidad de obtener satisfacción a través del disfrute de los recursos disponibles y no solo de su mera posesión. Sus factores son:

- Factores materiales: Son los recursos que uno tiene (ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc.)
Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida; mientras más y mejores recursos mejor es la probabilidad de una buena calidad de vida.
- Factores ambientales: Son las características de vecindario/comunidad que pueden influir en la **calidad de vida**, tales como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.
Las características del hogar son relevantes en determinar la **calidad de las condiciones de vida**.
- Factores de relacionamiento: Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.
La integración a organizaciones sociales, religiosas, el tiempo libre y redes de apoyo que fortalecen la calidad de vida.
- Políticas gubernamentales: La calidad de vida debe ser considerada en relación a la perspectiva del individuo y la sociedad(4 (14)(23).

1.6 Muerte

La muerte es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida. El proceso de fallecimiento-aunque está totalmente definido en algunas de sus fases desde un punto de vista neurofisiológico, bioquímico y médico aún no es del todo comprendido en su conjunto desde el punto de vista termodinámico y neurológico. Existen discrepancias científicas al respecto. Adicionalmente no se ha definido científicamente en qué parte del proceso está el umbral en que se pasa de la vida a la muerte (27).

1.6.1.- MUERTE BIOLÒGICA Y MEDICINA

La muerte se puede definir como un evento obtenido como resultado de la incapacidad orgánica de sostener la homeostasis. Dada la degradación de ácido desoxirribonucleico (ADN) contenido en los núcleos celulares, la réplica de las células se hace cada vez más costosa. Desde el punto de vista médico es el cese global de funciones sistémicas en especial de las funciones bioeléctricas cerebrales, por ende de las neuronales (12).

1.6.2.- EVOLUCION DE LAS ESTIMACIONES DEL ESTADO DE MUERTE

En el siglo XX la muerte se definía como el cese de la actividad cardíaca (ausencia de pulso), ausencia de reflejos y de la respiración visible, con estas estimaciones muchas personas fueron inhumadas estando en estado de vida latente o afectadas por periodos de catalepsia.

Posteriormente, gracias a los avances tecnológicos y al mejor conocimiento de la actividad del cerebro, la muerte paso a definirse con un electroencefalograma en el que se acusa la ausencia de actividad bioeléctrica en parte del cerebro. Aún esto demostró ser insuficiente más tarde ya que eventos posteriores demostraron que este proceso en algunos casos muy excepcionales podía ser reversible, como el caso de los ahogados y dados por fallecidos en aguas al borde del punto de congelación(12).

1.6.3.-MEDICINA FORENSE

En particular, identificar el momento exacto de la muerte es importante en casos de transplante, ya que los órganos deben ser retirados del cuerpo lo más pronto posible tras la muerte.

Históricamente los intentos por definir el momento preciso de la muerte han sido problemáticos. Antiguamente se definía la muerte (evento) como el momento en que

cesan los latidos del corazón y respiración, pero el desarrollo de la ciencia ha permitido establecer que la muerte es un proceso, el cual en un determinado momento, se torna irreversible. Hoy en día, cuando es preciso una definición del momento de la muerte, se considera que este corresponde al momento en que se produce la irreversibilidad de este proceso. Existen en medicina protocolos clínicos que permiten establecer con certeza el momento de la muerte, es decir, que se ha cumplido una condición suficiente y necesaria para la irreversibilidad del proceso de muerte(26)

1.6.4.- MUERTE CEREBRAL

Gracias al avance tecnológico de la medicina, hoy es posible mantener una actividad cardíaca y ventilatoria artificial en cuidados intensivos, en una persona cuyo corazón ha dejado de latir y no es capaz de respirar por sí mismo, por lo cual esto demuestra que no es estar muerto. El protocolo utilizado para el diagnóstico de la muerte en este caso es diferente y debe ser aplicado por especialistas en ciencias neurológicas, hablándose entonces de “muerte cerebral” o “muerte encefálica”. En el pasado, algunos consideraban que era suficiente con el cese de actividad eléctrica en la corteza cerebral (lo que implica el fin de la consciencia) para determinar la muerte encefálica, es decir, el cese definitivo de la conciencia equivaldría a estar muerto, pero hoy se considera, en casi todo el mundo, difunta a una persona (aún si permanece con actividad cardíaca y ventilatoria gracias al soporte artificial en una unidad de cuidados intensivos), tras el cese irreversible de la actividad vital de **todo el cerebro** incluido el **tallo cerebral** (estructura más baja del encéfalo encargada de la gran mayoría de las funciones vitales), comprobada mediante protocolos clínicos neurológicos bien definidos y soportada por pruebas especializadas(12).

En estos casos, la determinación de la muerte puede ser dificultosa. Un electroencefalograma, que es la prueba más utilizada para determinar la actividad eléctrica cerebral, puede no detectar algunas señales eléctricas cerebrales muy débiles o pueden aparecer en él, señales producidas fuera del cerebro y ser interpretadas erróneamente como cerebrales. Debido a esto, se han desarrollado otras pruebas más confiables y específicas para evaluar la vitalidad cerebral como Tomografía por Emisión

de Fotón Único (SPPECT cerebral), la Panangiografía cerebral y el Ultrasonido transcraneal.

1.6.5.-MUERTE INSTANTÁNEA

La muerte instantánea sobreviene de manera abrupta con la invalidación instantánea de uno o más órganos esenciales para el sustento de la vida, un fulminante derrame cerebral, un síncope cardíaco agudo, o por medio de un suceso violento abrupto (onda expansiva de una explosión) o accidente con mucha energía desarrollada(12).

1.6.6.-LA MUERTE COMO CONTRASTE

Es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida de un organismo vivo. Sinónimos de muerte son **occiso** (muerte violenta), **óbito**, **defunción**, **deceso y fallecimiento**(12).

Se suele decir que una de las características clave de la muerte es que es definitiva, y en efecto, los científicos no han sido capaces hasta ahora de presenciar la recomposición del proceso homeostático desde el punto termodinámicamente recuperable.

1.6.7.-CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS MUERTE HUMANA

El tipo de muerte más importante para el ser humano es sin duda la muerte humana, sobre todo la muerte de seres queridos(12). Conocer con certeza el instante de una muerte sirve, entre otras cosas, para asegurar el testamento del difunto será únicamente aplicado tras su muerte y en general, conocer cuándo se debe actuar bajo las condiciones establecidas ante una persona difunta.

1.6.8.-EL DESEO Y LA CAPACIDAD DE MORIR

Algunas personas, en momentos determinados de subida, experimentan el sentimiento autodestructivo de terminar su existencia. El acto para conseguirlo es lo que llamamos **suicidio**. Lo contrario es el deseo de vivir, el cual no contraría al **instinto de supervivencia**, ya que éste nos impulsa a esquivar la muerte. Por ejemplo, suicidas que saltan al vacío intentan agarrarse a algo para no morir, eso es instinto de supervivencia (o conservación)(12).

1.6.9.-LA MUERTE EN LA SOCIEDAD HUMANA

La concepción de la muerte como fin o tránsito, su creencia en una vida después de la muerte, en el **Juicio Final...** actúan como condicionantes para la actuación de los individuos en un sentido u otro. La idea de **inmortalidad** y la creencia en el **Más allá** aparecen de una forma u otra en prácticamente todas las sociedades y momentos históricos. Sin embargo, hasta ahora no existen evidencias concluyentes a favor de esa vida ultraterrena. Usualmente se deja al arbitrio de los individuos, en el marco de los conceptos dados por su sociedad, la decisión de creer o no creer y en qué creer exactamente. La esperanza de vida en el entorno social determina la presencia en la vida de los individuos de la muerte y su relación con ella(12). Su presencia en el arte es constante, siendo uno de los elementos dramáticos a los que más se recurre tanto en el teatro, como en el cine, novelas y relatos.

CAPITULO II

HOSPITAL SAN BARTOLO

2.1.-HISTORIA Y FUNCIONAMIENTO

El Hospital San Bartolo fue fundado en enero de 2005 como hospital de segundo nivel en las cuatro áreas: medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, fue ampliándose con hospitalización y emergencias las 24 horas.

En el área administrativa la dirección general y subdirección médica responsable de todos los servicios médicos, auxiliares de diagnóstico, colaboración médica y la asistencia, financiero, recursos humanos, servicios generales y mantenimiento.

Misión.- El Hospital San Bartolo proporciona atención de salud integral y especializada, ambulatoria, internamiento y de emergencia de tipo preventivo, para recuperación y rehabilitación, a la población que demande los servicios. Con criterio de seguridad, calidad, calidez, eficiencia y oportunidad tendiente a lograr el mayor grado de satisfacción a las necesidades de salud del usuario. Además es un centro de docencia e investigación.

Visión.- El Hospital San Bartolo será un centro hospitalario que proporcione atención de salud integral con capacidad resolutive de segundo nivel, administración efectiva de los sistemas de información y mejoramiento continuo, contribuyendo a garantizar la salud de sus usuarias y usuarios.

2.2.-NUESTROS VALORES

ANEXO 1 DECLARACIÓN DE GINEBRA

La Declaración de Ginebra exige del médico “velar ante todo por la salud de mi paciente”. El médico debe fomentar el respeto a la vida. Atender a su paciente de la mejor manera posible. Velar por el bien del enfermo, manejar una buena comunicación con el paciente y sus familiares para la toma de decisiones.

Hace énfasis en la relación fraterna que debe existir para con sus maestros y colegas.

2.3.-FUNCIONAMIENTO

Aspectos técnicos y administrativos.

- 1.- Elaboración e implementación del plan estratégico y organigrama operativo anual.
- 2.- Implementación del manual de normas y protocolos para los servicios.
- 3.- Planes de capacitación en talento humano al personal del hospital.
- 4.- Organización de los servicios definiendo con claridad las funciones de su representante.
- 5.- Impulso a los programas de bioseguridad y SOAT.
- 6.- Normativas de seguridad hospitalaria en implementación de programa de monitoreo y evaluación cuatrimestral de indicadores de gestión y producción hospitalaria.

Infraestructura y Equipamiento.

- 1.- Infraestructura: reparaciones, plan de mantenimiento preventivo
- 2.- Ampliaciones, nuevas construcciones, plan de Intervención.

3.- Equipamiento, definición e intervención

Gestión de Medicamentos

1.- Programación cuatrimestral de adquisición de medicamentos de acuerdo al perfil epidemiológico.

2.- Control y evaluación de la prescripción

3.- Aplicación y uso racional de medicamentos.

Atención al usuario

1.- Capacitación e inducción

2.- Implementación de acciones y procesos para el mejoramiento de servicio al cliente.

3.- Comunicación y propaganda.

Referencia y Contrareferencia

1.- Asignación a trabajo social y convenios para referencias y contrareferencias

2.- Programación de reuniones con las áreas para seguimiento y evaluación.

ANEXO 2

Reglamento del Residente

Importante manejar el reglamento para el buen funcionamiento dentro del hospital

CAPÍTULO III

3.1.-DIAGNÓSTICO

Se usó encuestas para permitir indagar la necesidad de implementar una guía de autoformación en Ética médica.

Se obtuvo los siguientes resultados:

3.2.-RESULTADOS

El 100% de los encuestados, tienen titulación de tercer nivel en medicina. En relación a la capacitación recibida el 50% fue de manera curricular y el 50% restante mediante un proceso autoformativo (Tabla No 1).

Los principios básicos de la ética médica son conocidos por el 66% (Tabla No 2) y en el mismo porcentaje, los encuestados expresan conocer la Declaración de Ginebra (Tabla No 3).

El 83% de los encuestados mencionan que conocen los derechos de la ética médica en la práctica profesional de la medicina (Tabla No 4).

El 100% de los encuestados manifiesta que si practica el consentimiento informado con los pacientes, de estos el 66% lo hace por conocimiento y por decisión mientras que el 33% lo cumple como parte del proceso de la atención médica (Tabla No 5).

El total de los profesionales que practican el consentimiento informado con los pacientes, reconocen que se debe considerar las necesidades de la sociedad, condición que contrasta con el 83% que no clarifica el porqué de esta necesidad (Tabla No 6).

La Declaración de Helsinki, es conocida únicamente por el 50% de los médicos encuestados (Tabla No 7).

La calidad de vida y Bioética es respondida como una relación indisoluble por el 100% de los encuestados (Tabla No 8).

El 83%, determina la necesidad de aplicar la ética médica para el proceso de muerte de un paciente (Tabla No 9).

ANEXO 7

TABLAS

3.3.-METODOLOGÍA

Constructivista aprendizaje significativo con la estrategia de aprendizaje basado en problemas.

Aprendizaje Basado en Problemas

3.3.1.-¿QUE ES EL ABP?

El **ABP** es una metodología **centrada en el aprendizaje activo**, la investigación y reflexión que siguen los alumnos para llegar a una solución ante un problema planteado por el profesor. Favorecer, desarrollar y trabajar las **competencias** del alumno enfoca a solucionar problemas, tomar decisiones, trabajar en equipo,

desarrollar habilidades de comunicación, actitudes, valores, búsqueda y manejo de información. Para alcanzar una solución adecuada(17)(18)(29).

3.3.2.-CARACTERISTICAS DEL ABP

Estrategia centrada en el alumno y en su aprendizaje. A través del **trabajo autónomo y de equipo** los estudiantes deben lograr los objetivos planteados.

Los alumnos trabajan en pequeños grupos entre cinco y siete que genera una responsabilidad a cada miembro en relación a su aprendizaje y el de sus compañeros.

Técnica que favorece la posibilidad de interrelacionar distintas materias o disciplinas académicas. Apoya que los estudiantes integren en un “todo” coherente sus aprendizajes.

3.3.3.-PROCESO DE PLANIFICACION DEL ABP

ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

- Los conocimientos previos del estudiante son suficientes y le ayudarán a construir los nuevos aprendizajes y buscar necesidades de aprendizaje.
- El contexto y el entorno debe favorecer el trabajo autónomo y en equipo.
- En la planificación de la sesión del ABP es necesario:
 - **Seleccionar** los objetivos que queremos que el alumno logre.
 - **Escoger** el problema por lo que el contenido debe ser relevante para la práctica profesional, lo suficientemente complejo y amplio para que el alumno pueda abordar la problemática con una visión de conjunto.
 - **Orientar** las reglas de la actividad y del trabajo en equipo (el coordinador).
 - **Establecer un tiempo y especificarlo** para que los alumnos resuelvan el problema y puedan organizarse.

- **Organizar** sesiones de **tutoría** donde los estudiantes puedan consultar con el tutor sus dudas.

3.3.4.-DESARROLLO DEL PROCESO DE ABP (5-7 ESTUDIANTES)

Exley y Dennick (2007)

1. Aclarar términos y conceptos
2. Definir los problemas
3. Analizar los problemas: preguntar, explicar, formular hipótesis
4. Hacer una lista sistemática del análisis
5. Formular los resultados del aprendizaje esperados
6. Aprendizaje independiente centrado en resultados
7. Sintetizar y presentar nueva información

El estudiante define el problema que presenta el ejercicio y luego plantea la hipótesis, lo que conoce, lo que desconoce y lo que tiene que investigar.

Es fundamental que el alumno conozca los pasos a seguir para resolver el problema y quien lleva el papel de **moderador u organizador** vaya guiando adecuadamente el proceso.

3.3.5.-ROL DEL PROFESOR

1. Dar un papel protagonista al estudiante en la construcción de su aprendizaje.
2. Ser consciente de los logros que consiguen sus estudiantes.
3. Es un guía, un tutor, un facilitador del aprendizaje al que acude el estudiante cuando lo necesita y ofrece la información necesaria.
4. Su papel principal es ofrecer al estudiante diversas oportunidades de aprendizaje.
5. Ayudar al estudiante a que piense críticamente orientando sus reflexiones y formulando cuestiones importantes.

6. Realizar sesiones de tutoría con los estudiantes.

3.3.6.-ROL DEL ESTUDIANTE

- 1.-Asumir su responsabilidad ante el aprendizaje.
- 2.-Trabajar con diferentes grupos gestionando los posibles conflictos que se presenten.
- 3.-Tener una actitud receptiva hacia el intercambio de ideas con los compañeros.
- 4.-Compartir información y aprender de los demás.
- 5.-Ser autónomo en el aprendizaje (buscar información, contrastarla, comprenderla, aplicarla, etc.)
- 6.- Saber pedir ayuda y orientación cuando lo necesite.
- 7.-Disponer de las estrategias necesarias para planificar, controlar y evaluar los pasos que se lleva a cabo en el aprendizaje.

3.3.7.-EVALUACIÓN DEL ABP

El estudiante “ideal” es aquel que adquirió por medio de un **aprendizaje autónomo y cooperativo**, los conocimientos necesarios y que ha desarrollado competencias previstas en el programa de la materia gracias a una reflexión profunda y a una construcción activa de los aprendizajes.

Desde esta perspectiva se pueden usar diversas técnicas:

- **Caso práctico:** El estudiante pone en práctica todo lo que aprendió.

- **Examen no basado en la reproducción automática:** Implica que el estudiante organice coherentemente sus conocimientos.
- **Autoevaluación:** Se pueden establecer algunos aspectos para que el estudiante evalúe el aprendizaje logrado, tiempo invertido, proceso seguido. Conoce todo lo que aprendió y lo que se ha esforzado.
- **Co-evaluación:** El trabajo es en equipo por tanto conocer la opinión de los compañeros es interesante en relación al ambiente cooperativo dentro del grupo, reparto de tareas eficaz, cumplimiento de las expectativas.

3.4.-IMPLEMENTACIÓN DE LOS TALLERES

Los talleres se desarrollaron siguiendo el Manual de La Asociación Médica Mundial (38) para la práctica del médico residente y una inducción en la estrategia de aprendizaje basado en problemas.

3.4.1.-PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA

3.4.1.1CASO CLÍNICO

Niño de 30 semanas de nacido pesa 1.250g está en respirador por su inmadurez pulmonar hemorragia intraventricular G III y polimalformado es poco probable que sobreviva, si lo hace es posible con una grave discapacidad física y mental. El estado del niño se empeora con una infección intestinal, podría ser extirpada la parte inflamada del intestino, que dejaría una mínima posibilidad de vida. Sus padres no dan el consentimiento porque no quieren que el niño sufra con la operación y piensan que su calidad de vida nunca será suficiente.

Como médico que conducta debe tomar y como enfrentar la actitud de los padres?

3.4.2.1.2.- OBJETIVOS

- Conocer la importancia de la ética en la práctica médica
- Saber las principales fuentes de la ética médica
- Entender los diferentes enfoques en la toma de decisiones incluido el del propio médico.

3.4.2.1.3.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Este es un planteamiento sobre el **comportamiento** del médico y la **toma de decisiones** no preguntas científicas o técnicas de tipo como tratar, sino más bien sobre valores derechos y responsabilidades. El médico se ve enfrentado a éste tipo de interrogantes con la misma frecuencia que a las científicas y técnicas.

En la práctica médica algunas preguntas tienen respuestas mucho más fáciles que otras, las interrogantes éticas en medicina no tienen el mismo grado de desafío. Algunas tienen respuestas fáciles, porque existe un consenso bien desarrollado sobre la manera de reaccionar ante una situación.

Frente a estas preguntas la ética ayuda al médico a responder estas interrogantes.

La ética es el estudio de la moralidad: una reflexión y análisis cuidadoso y sistemático de las decisiones y comportamientos morales, sean pasados, presentes o futuros. La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento. El lenguaje de la moralidad incluye: “derechos”, “responsabilidades”, “virtudes”, “bueno”, “malo” “correcto”, “equivocado”, “justo” “injusto”.

La ética es una cuestión de **saber**, la moralidad es **hacer**. Su relación consiste en la preocupación de la ética por entregar criterios racionales para que la gente decida o se comporte de cierta manera.

La ética aborda todos los aspectos de comportamiento humano y de la toma de decisiones, es un tema de estudio extenso y complejo. Este trabajo expone los temas morales de la práctica médica. La ética médica está relacionada con la bioética (ética

biomédica). No es lo mismo; la ética médica trata problemas planteados por la práctica de la medicina.

La bioética aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general. La bioética no necesita la aceptación de ciertos valores tradicionales fundamentales para la ética médica.

Es necesario entregar al médico los recursos apropiados para el ejercicio de la ética médica. Organizaciones como la asociación médica mundial y La federación mundial para la educación médica las han instado para que se tomen medidas en las escuelas de medicina y se den los recursos apropiados para la enseñanza de la ética médica.

ASOCIACIÓN MÈDICA MUNDIAL

Resolución sobre la inclusión de la ética médica y los derechos humanos en los currículos de las escuelas de medicina a través del mundo.(adoptada por la 51ª Asamblea Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, Octubre 1999)

1. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral del trabajo y la cultura de la profesión médica, y
2. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral de la historia, la estructura y los objetivos de la asociación médica mundial,
3. POR LO TANTO, se resuelve que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA EDUCACIÓN MÈDICA (WFME)

Normas globales para el mejoramiento de la calidad de la educación médica básica.

Estas normas, que se espera las cumplan todas las escuelas de medicina incluyen las siguientes relacionadas con la ética médica:

Resultado Educativo

La escuela de medicina **debe** definir las competencias (incluidos los conocimientos y la comprensión de la ética médica) que los estudiantes deben mostrar después de su graduación en relación con su formación subsiguiente y sus futuros roles en el sistema de salud.

Programa Educativo-Ética Médica

La escuela de medicina **debe** identificar e incorporar en su currículo las contribuciones de la ética médica que permitan una contribución efectiva a la toma de decisiones clínicas y prácticas éticas.

Programa Educativo-ciencias y habilidades clínicas

Las habilidades clínicas incluyen la toma de conocimiento del historial, comunicación y liderazgo de grupos.

La participación en la atención del paciente incluye el trabajo en equipo con otras profesiones de la salud.

Recursos Educativos-Investigación

La interacción entre investigación y las actividades educativas **deben** motivar y preparar a los estudiantes para participar en la investigación y su desarrollo. Estas normas que se espera que cumplan todas las escuelas de medicina, incluyen las siguientes referencias a la ética médica.

Programa Educativo-ciencias y habilidades clínicas

Las habilidades clínicas incluyen la toma de conocimiento del historial, comunicación y liderazgo de grupos.

La participación en la atención del paciente incluye el trabajo en equipo con otras profesiones de la salud.

Recursos Educativos-Investigación

La interacción entre investigación y las actividades educativas deben motivar y preparar a los estudiantes para participar en la investigación y su desarrollo.

La medicina es una ciencia y arte. La ciencia estudia lo que puede ser observado y medido. El médico reconoce los signos y síntomas de la enfermedad y busca como curar. La medicina tiene sus límites, con respecto a la individualidad, cultura, religión, libertad, derechos y responsabilidades del ser humano.

El arte incluye la aplicación de la ciencia y tecnología a cada paciente, familia y comunidad, ninguno de los cuales son iguales.

La ética se enriquece con la información de otras disciplinas.

El médico debe conocer los valores centrales de la medicina: compasión, competencia y autonomía; junto con el respeto de los derechos humanos sirve de base a la ética médica.

Compasión.- Entendimiento y empatía por la aflicción de otra persona, es esencial en la práctica de la medicina. El médico debe identificar los síntomas que tiene el paciente, sus causas y debe ayudarlo a lograr su alivio. Los pacientes responden mejor al tratamiento si perciben que el médico aprecia su situación y trata AL ENFERMO en lugar de la ENFERMEDAD.

Competencia.- Muy alta; su falta puede tener como resultado la muerte o incapacidad grave para el paciente. El médico tiene un largo período de formación para asegurar su competencia. Si se considera el rápido avance en conocimientos científicos es un

continuo desafío mantenerse competentes, deben ir de la mano las actitudes éticas pues los problemas éticos se plantean con los cambios en la práctica médica su entorno social y político.

Autonomía.- o Autodeterminación responsable es el valor central de la medicina que más ha cambiado en los últimos años. El médico ha gozado de un amplio margen de autonomía clínica para decidir el trato a sus pacientes. Sin embargo algunos médicos han tenido la libertad de determinar otros aspectos como los niveles de educación y práctica médica. La autonomía del médico ha sido regulada en cada país de acuerdo a sus respectivos gobiernos y autoridades. Al mismo tiempo el médico mantiene la autonomía del paciente, que significa que el enfermo decide sobre los asuntos que le afectan.

La ética médica se profesa públicamente en el juramento de la Declaración de Ginebra.

¿Quién decide lo que es ético?- Varía según la sociedad e incluso dentro de la misma. A pesar de las diferencias, la mayoría concuerda en ciertos principios éticos fundamentales, específicamente los derechos humanos básicos proclamados en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** y otros documentos ampliamente aceptados y aprobados de manera oficial. Los derechos importantes para la ética médica son: derecho a la vida, a no ser discriminado, no sufrir tortura y trato cruel, inhumano o degradante, libertad de opinión y expresión, derecho a acceso igualitario a los servicios públicos de un país y a la atención médica.

A pesar de los cambios en la medicina y en la ética médica, existe consenso general entre los médicos con respecto a que los valores fundamentales y los principios éticos de la medicina no cambian o al menos no deben hacerlo. El ser humano siempre está expuesto a enfermedades, seguirá necesitando médicos compasivos, competentes y autónomos que lo atiendan.

La ética médica cambia en respuesta a los avances de la ciencia, tecnología médica, los avances de la sociedad y el país.

La **Asociación Médica Mundial (AMM)** ha asumido la función de establecer normas generales en la ética médica que sean aplicables en todo el mundo. Desde su creación en el año 1947 se ha esforzado por evitar toda reaparición de la conducta antiética presentada por los médicos en la Alemania nazi y en otras partes. La primera tarea de la

AMM fue actualizar el juramento hipocrático para su uso en el siglo XX, esto tuvo como resultado la **DECLARACION DE GINEBRA**, adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM en el año 1948. Este documento ha sido revisado varias veces, la última fue en el año 2006. La segunda tarea fue la elaboración del **Código Intenacional de Ética Médica**, adoptado en la 3ª Asamblea General del año 1949 y revisado en los años 1968, 1983 y 2006. Este Código está siendo revisado ahora. Después se elaboraron normas éticas para la investigación en seres humanos. Esto llevó mucho más tiempo que los primeros dos documentos, sólo en el año 1964 se adoptó este texto conocido como la **Declaración de Helsinki**. Este texto también ha sido revisado periódicamente, la última vez en el año 2000. Cada año la asamblea general revisa las declaraciones existentes o adopta otras nuevas.

La Asociación Médica Mundial asegura que sus declaraciones éticas reflejen un consenso de 75% de los votos a favor para adoptar cualquier política nueva o revisada durante su asamblea anual. Una condición previa para llegar a este nivel de acuerdo es la amplia consulta de los proyectos de declaración, la consideración cuidadosa de los comentarios recibidos en el comité de ética médica de la Asociación Médica Mundial y a veces en un grupo de trabajo nombrado especialmente para el tema, la nueva redacción de las declaraciones y a menudo más consultas. El proceso puede ser largo, lo que depende de la complejidad o la novedad del tema.

Para decidir que es ético, la Asociación Médica Mundial se sirve de una larga tradición en ética médica, como lo reflejan las declaraciones éticas previas. En temas como el consentimiento informado, la Asociación Médica Mundial está de acuerdo con la opinión de la mayoría. En otros, como la confidencialidad de la información médica personal, la posición de los médicos debe ser promovida enérgicamente contra los gobiernos, los administradores de sistemas de salud o las empresas comerciales.

La característica de la Asociación Médica Mundial en el enfoque de la ética es la prioridad que asigna a cada paciente o persona participante en una investigación. Al recitar la Declaración de Ginebra, el médico promete **“velar ante todo por la salud de mi paciente”**. Y la Declaración de Helsinki estipula: **“En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacia sobre todos los otros intereses”**.

El médico es responsable de su propia decisión ética y de su implementación. Existen distintas maneras de abordar los problemas éticos. Se pueden dividir en dos categorías: No racionales y racionales. Es importante aclarar que las no racionales no significa que

sean irracionales, sino que simplemente es para distinguirlas del uso de la razón reflexivo y sistemático en la toma de decisiones.

- **No racionales:**

Obediencia.- Seguir las reglas o instrucciones de las autoridades, se esté en acuerdo o desacuerdo con ellas.

Imitación.- Es un modelo; quizá la manera más común de aprender la ética de los estudiantes de medicina. El consultor más antiguo es el modelo, la observación y asimilación de los valores proyectados es el modelo de aprendizaje moral.

El estudiante debe tener un espacio de reflexión para alcanzar una solución a un problema planteado que es lo que propone el aprendizaje basado en problemas.

Sentimiento o deseo.- Es un enfoque subjetivo en la toma de decisión y comportamiento morales. Lo que es correcto es lo que uno siente. La medida de la moralidad está en cada persona y varía de una persona a otra.

Intuición.- Es la percepción inmediata de la manera correcta de actuar en una situación.

Hábito.- Es un método no muy objetivo.

- **Racionales:**

Deontología.- Implica una búsqueda de reglas bien fundadas que pueden servir como base para tomar decisiones morales una vez que se establecen las reglas, tiene que ser aplicadas en situaciones específicas.

Consecuencialismo.- fundamenta la toma de decisiones éticas en un análisis de las consecuencias o resultados probables de las distintas opciones y acciones. La acción correcta es la que produce los mejores resultados.

Una de las formas más conocidas del consecuencialismo el "utilitarismo", usa la utilidad como medida y la define como "el mayor bien para la mayor cantidad"

Otras medidas incluyen **rentabilidad y calidad de vida** que se miden en años de vida de calidad y años de vida de discapacidad. El consecuencialismo está abierto a "el fin

justifica los medios”, por ejemplo que los derechos humanos individuales puedan ser sacrificados para lograr un objetivo social.

Principalismo.- Utiliza principios éticos para tomar decisiones morales. Se tienen cuatro principios para la toma de decisiones: respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Ética de las virtudes.- Se centra en el carácter de los que toman las decisiones

Ninguno de estos cuatro enfoques ha logrado una aprobación universal

El proceso de toma de decisiones puede estar sujeto a las siguientes etapas:

1. Determinar si el problema examinado es ético
2. Consultar fuentes autorizadas como los códigos de ética, y las políticas de las asociaciones médicas y colegas respetados para ver como los médicos resuelven estos problemas.
3. Considerar soluciones alternativas en vista de los principios y valores que sustentan y sus posibles consecuencias.
4. Conversar sobre su solución propuesta con las personas que afectará.
5. Tomar su decisión y aplicarla con sensibilidad por otras personas afectadas.
6. Evaluar su decisión y estar preparado a actuar de otra manera en el futuro.

3.4.2.1.4.- CIERRE

Al abordar temas de ética médica hay que tener presente que todos los médicos a lo largo de la historia se han enfrentado a los mismos problemas su experiencia y sabiduría son valiosas.

Es fundamental considerar que para solucionar los conflictos éticos, es importante que el médico comprenda los diferentes enfoques al tomar las decisiones incluido el suyo y el de las personas con las que se relaciona. Esto reforzará la actitud del médico para actuar de la mejor manera con el paciente.

3.4.2.2.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.4.2.2.1.- CASO CLINICO

El Dr M de guardia con experiencia y conocimiento está a punto de entregar su turno de noche en su hospital público. Una joven de 25 años, con 32 semanas de embarazo es llevada al hospital. La paciente tiene pérdida de líquido hace 24 horas y dolor. Al ser examinada se da su ingreso con diagnóstico de labor en curso y parto prematuro. Nace el recién nacido prematuro quien ingresa a cuidados intensivos neonatales donde recibe el tratamiento adecuado. El Dr Q llega a tomar la guardia del Dr M quien se va a casa sin hablar con la madre del niño.

3.4.2.2.2.- OBJETIVOS

- Especificar por qué todos los pacientes merecen buen trato.
- Ampliar los conocimientos del consentimiento informado.
- Reconocer los enfoques en la toma de decisiones.
- Reconocer los problemas éticos que se plantean al comienzo y al término de la vida.
- Conocer los argumentos a favor y en contra de la práctica de la eutanasia y suicidio asistido.
- Reconocer el tratamiento paliativo

3.4.2.2.3 NECESIDADES DE APRENDIZAJE

La relación médico-paciente es la base del ejercicio médico por tanto de la ética médica. Ratificada en la **Declaración de Ginebra** “velar ante todo por la salud de mi paciente” y **El Código Internacional de Ética médica** “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos”.

1.-Respeto e igualdad de trato: La democracia fue tomando forma paulatinamente a partir de la revolución francesa y la revolución norteamericana. Basa la creencia de la igualdad política de todos los hombres (mucho después de las mujeres) y el consiguiente derecho a decidir quién los gobierne.

En el siglo XX se elaboró el concepto de igualdad humana desde el punto de vista de los derechos humanos: **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948),:** **“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”** ; ha servido de fundamento para la declaración de otros derechos del individuo: niño, paciente, consumidor, etc. Aunque lamentablemente no son respetados en muchos países.

El Código internacional de ética médica de la Asociación Médica Mundial indica que la única razón para terminar la relación médico-paciente es si el paciente necesita otro médico con conocimientos distintos: “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia”.

El médico puede dejar un paciente por un motivo legítimo y puede ayudar al paciente a encontrar otro médico adecuado o notificar al paciente para que pueda encontrar otro médico.

La atención a pacientes infecciosos plantea otro desafío para el principio de respeto y trato igualitario, aquí el tema de VIH /SIDA, porque es una enfermedad que amenaza la vida y se asocia a prejuicios sociales. El código de ética médica no hace excepción para los pacientes infecciosos con respecto al trato igualitario.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre VIH/SIDA y la profesión médica estipula:

“La discriminación contra los pacientes de VIH/SIDA de parte de los médicos deber ser eliminada completamente de la práctica de la medicina.

Todas las personas con VIH/Sida tienen derecho a una prevención,

Apoyo, tratamiento y atención médica adecuadas con compasión y respeto por su dignidad humana.

El médico no puede éticamente rechazar el tratamiento de un paciente cuya condición esté dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo.

Si su médico no puede proporcionar la atención y los servicios que necesitan los pacientes con VIH/Sida, debe derivarlos a los médicos o establecimientos que tengan los equipos para prestar dichos servicios. Hasta que se realice el traspaso, el médico debe atender al paciente en la mejor manera posible”.

El juramento Hipocrático incluye la siguiente promesa: “Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres”. Además que el juicio clínico del médico puede afectarse por la relación afectiva con el paciente; de igual manera que si se tratara de un familiar a quien se puede tratar sólo en condiciones de emergencia.

1.-COMUNICACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

El derecho del paciente de tomar decisiones sobre su salud se ha establecido en las declaraciones legales y éticas a través del mundo. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente estipula lo siguiente:

“El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.

El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento”.

Los obstáculos principales en la buena comunicación entre médico y paciente son las diferencias de idioma y cultura. En caso de necesitar un intérprete deberá ser la persona más calificada.

El médico debe hacer todo lo razonable para sondear el conocimiento del paciente sobre su salud y curación; comunicarle sus recomendaciones lo mejor que pueda. El médico

debe lograr comunicar al paciente toda la información que necesita sobre: diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento; entonces el paciente podrá tomar una decisión informada sobre qué hacer.

A pesar de que el término “consentimiento” implica aceptación del tratamiento, el concepto de “consentimiento informado” se aplica al rechazo al tratamiento o a la elección a tratamientos alternativos. Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte.

El consentimiento puede ser explícito en forma verbal o escrito o implícito como la toma de muestra sanguínea en que el paciente extiende el brazo.

Existen dos excepciones para solicitar el consentimiento informado en pacientes competentes:

Cuando el paciente entrega la toma de decisiones al médico o a terceros. Debido al complejo problema o porque el médico tiene absoluta confianza en el criterio del médico. El médico siempre debe dar la información al paciente si a pesar de esto el paciente insiste en que el médico decida, éste debe hacerlo en la mejor decisión para el paciente.

- Casos en que la entrega de la información puede perjudicar al paciente. En que se invoca el concepto de “privilegio terapéutico”. El médico retiene información que es probable que cause un serio daño físico, psicológico o emocional al paciente. El médico debe esperar que todos los pacientes podrán soportar los hechos debe reservar la retención para los casos en que este convencido que causará más daño si dice la verdad que si oculta.

El médico debe ser sensible a los factores culturales y personales cuando comunique malas noticias, en especial sobre una muerte inminente. Sin embargo el derecho del paciente al consentimiento informado se está aceptando cada vez más y el médico tiene el deber primordial de ayudar a sus pacientes a ejercerlo.

Los tratamientos pueden ser considerados.

Inútil o sin beneficios.- No ofrece una esperanza de recuperación o mejoría.

El médico debe negar el pedido del paciente a tratamientos alternativos que a su juicio pueden ser perjudiciales. Si los recursos son limitados. Debe llamar la atención de la persona responsable de la asignación de recursos.

SITUACIONES ÉTICAS “LÍMITE”

La toma de decisiones por los pacientes que no son capaces de decidir por si mismos quienes necesitan representantes que tomen decisiones (niños, enfermos neurológicos o psiquiátricos, temporalmente inconscientes o en coma). La determinación del representante apropiado que tome las decisiones y la elección de los criterios para las decisiones plantea problemas éticos.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial plantea sobre los **Derechos del Paciente**:

“Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior que éste rechazaría la intervención en esa situación”.

Si hay desacuerdo entre el representante y el médico, **La Declaración sobre los Derechos del Paciente** aconseja: “Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra”. El médico tiene el mismo deber de proporcionar toda la información que necesite el representante para tomar sus decisiones. Explicar diagnósticos, pronósticos y tratamientos complejos en un lenguaje simple, confirmar o corregir la información que la persona que toma la decisión pueda haber obtenido de otra fuente (otro médico, revistas, internet, etc.) asegurándose que la persona que decide entiende las opciones de tratamiento, incluidas las ventajas e

inconvenientes, responder todas las preguntas que tenga y entender toda decisión que se tome y en lo posible sus razones.

Los criterios principales que se deben utilizar en las decisiones de tratamiento por un paciente incapacitado son sus **preferencias**, si son conocidas. **Las preferencias** pueden estar estipuladas en una voluntad anticipada o pueden haber sido comunicadas al representante designado, al médico o a otros miembros del equipo médico.

Cuando se desconocen **las preferencias** de una paciente incapacitado, las decisiones sobre el tratamiento deben basarse en lo que sea mejor para el paciente, considerar: a) el diagnóstico y pronóstico, b) valores conocidos del paciente, c) información de las personas importantes en la vida del paciente y que pueden ayudar a determinar lo mejor para el mismo y d) Los aspectos de la cultura y religión del paciente que influirán en la decisión de un tratamiento.

La **Declaración sobre los Derechos del Paciente** considera: “Si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad”

CONFIDENCIALIDAD

El juramento Hipocrático estipula lo siguiente: “Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas”

El **Código Internacional de ética médica de la Asociación Médica Mundial** estipula: “Es Ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto”. La confidencialidad puede ser quebrantada con justificación.

El valor que se le otorga a la confidencialidad se basa en tres elementos: la autonomía, el respeto por los demás y la confianza.

La autonomía: Se relaciona con la confidencialidad porque la información personal sobre una persona le pertenece a ella y no debe ser dada a conocer a otros sin su consentimiento.

La confidencialidad es importante porque las personas se merecen respeto y es una forma de demostrar el respeto al paciente.

La **Declaración de Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente** considera:

- Toda información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de “necesidad de conocer”, a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.
- Los quebrantamientos de la confidencialidad están justificados, deben mantenerse en el mínimo y se debe hacer ver a las personas que tienen acceso a la información confidencial que es preciso no revelar más de lo necesario por el bien del paciente. Cuando sea posible, se debe informar a los pacientes sobre estas filtraciones.

- El médico debe conocer los requisitos legales del lugar donde trabaja para revelar la información del paciente. El médico debe considerar con ojo crítico todo requerimiento legal para violar el secreto y asegurarse que está justificado antes de respetarlo. El médico debe hablar con el paciente sobre la necesidad de toda revelación antes que lo haga y obtenga su cooperación.
- Las condiciones para violar el secreto cuando no lo exige la ley es cuando se cree que el daño esperado es inminente, grave, irreversible, inevitable, excepto por revelación no autorizada y mayor que el posible daño que produciría la revelación de información. En caso de duda el médico puede pedir apoyo de un experto.
- Se debe revelar la información necesaria para evitar el daño anticipado y debe estar dirigida únicamente a los que necesitan a fin de evitar todo perjuicio. El médico debe informar al paciente que el secreto puede ser violado por su propia protección y la de su víctima potencial. Se deben reunir todas las condiciones para proceder a revelar información.
- La atención médica de sospechosos o delincuentes plantea igual la confidencialidad frente a que el médico puede revelar las condiciones médicas del paciente a las autoridades con el previo consentimiento del paciente.

PROBLEMAS ÈTICOS RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE LA VIDA

- **ANTICONCEPCIÒN.-** Existe un reconocimiento internacional del derecho de la mujer a controlar su fertilidad, incluida la prevención de embarazos no deseados. El médico debe enfrentar problemas como el requerimiento de anticonceptivos de parte de menores y explicar sus riesgos.
- **REPRODUCCIÒN ASISTIDA.-** Para las parejas y personas que no pueden concebir en forma natural existen varias técnicas de reproducción asistida; inseminación artificial, fecundación in-vitro, transferencia de embriones y gestación substituta. Ninguna de estas técnicas está exenta de problemas ya sea en casos individuales o para las políticas públicas.

- **SELECCIÓN GENÉTICA PRENATAL.-** Se dispone de pruebas genéticas para determinar si un embrión o un feto tiene ciertas anomalías genéticas y si es masculino o femenino. Según los resultados se puede tomar la decisión de seguir o interrumpir el embarazo. El médico debe decidir cuándo ofrecer estas pruebas y cómo explicar los resultados al paciente.
- **ABORTO.-** Es uno de los problemas que más polémica ha causado entre los médicos como las autoridades públicas. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el aborto terapéutico reconoce la diversidad de opinión y creencias concluye que “esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada”.
- **RECIÉN NACIDOS CON GRAVES COMPLICACIONES.-** Debido al alto grado de prematuridad o anomalías congénitas, algunos recién nacidos tienen muy pocas posibilidades de vida. Con frecuencia se deben tomar decisiones difíciles: Intentar prolongar sus vidas o dejarlos morir.
- **PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN.-** Esto incluye la producción de nuevos embriones o la utilización de embriones “extras” (los que no se quieren para fines reproductivos) para obtener células madre para aplicaciones potenciales, el ensayo de nuevas técnicas para reproducción asistida y la experimentación con fetos.

PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON EL TÉRMINO DE LA VIDA

Problemas relativos a pacientes en etapas terminales. Hay dos que necesitan una atención particular: La eutanasia y la ayuda para el suicidio.

- **EUTANASIA.-** Realización en forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, lo que incluye los siguientes elementos: es una persona competente e informada que tiene una enfermedad incurable y que ha pedido voluntariamente terminar con su vida; el agente conoce la condición de la persona y su deseo de morir y lleva a cabo el

acto con la intención principal de terminar con la vida de dicha persona, **el acto se realiza con compasión y sin beneficio personal.**

- **AYUDA PARA EL SUICIDIO.-** Significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios, procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro.

La eutanasia y la ayuda para el suicidio con frecuencia son consideradas moralmente equivalentes, aunque existe una clara distinción práctica entre ellas y en algunas jurisdicciones una distinción legal.

Los médicos son contrarios a implementar las solicitudes de eutanasia y ayuda para el suicidio estas acciones son ilegales en la mayoría de los países y las prohíben la mayor parte de los códigos de ética médica. Esta prohibición es parte del Juramento Hipocrático y ha sido reafirmada de manera enfática por la **Declaración de AMM sobre la Eutanasia:**

“La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”

El tratamiento paliativo puede ser apropiado para los pacientes de todas las edades, desde un recién nacido grave hasta un anciano que se acerca al final de su vida. Un aspecto fundamental del tratamiento paliativo es el control del dolor.

El médico no debe abandonar a los pacientes terminales, debe continuar su atención compasiva, dar acompañamiento y calidad de vida cuando ya no es posible su curación.

El tema de la muerte presenta otros desafíos para los pacientes, sus representantes y los médicos. La posibilidad de prolongar la vida por medio de medicamentos, intervenciones de reanimación, procedimientos radiológicos y cuidado intensivo necesita decisiones en relación a cuando iniciar estos tratamientos y cuando suspenderlos si no dan resultados.

Cuando el médico ha hecho todo lo posible para proporcionar al paciente la información sobre los tratamientos disponibles y sus posibilidades de éxito, debe respetar la decisión del paciente sobre la iniciación y la continuación de todo tratamiento.

La toma de decisiones con respecto al término de la vida para los pacientes incapacitados plantea mayores dificultades, si el paciente no ha expresado en forma adecuada su voluntad, el representante apropiado debe usar otros criterios para las decisiones de tratamiento, siempre velando por la mejor calidad de vida para el paciente.

3.4.2.2.4.- CIERRE

Análisis del Caso:

La relación médico-paciente fue deficiente: por las siguientes razones:

- No comunicó a la madre ni a sus familiares el estado del niño.
- Su actitud no demuestra compasión. Su tratamiento puede haber sido muy bueno al final de un largo y cansado turno no muestra una actitud ética no comunicar al familiar del paciente.
- Hay que fomentar una buena comunicación con los pacientes.

3.4.2.3.- EL MEDICO Y LA COMUNIDAD

3.4.2.3.1.- CASO CLINICO

La Dra, E. se siente cada vez más frustrada con los niños que llegan a emergencias por maltrato infantil o abuso sexual. Tiene intención de hablar con las entidades gubernamentales para que se refuercen los programas de prevención al maltrato infantil y se fortalezca la red de seguimiento.

3.4.2.3.2.- OBJETIVOS

- Distinguir los conflictos entre las obligaciones del médico con el paciente y la comunidad e identificar las razones de los conflictos.
- Abordar los problemas éticos relacionados con la asignación de recursos médicos escasos.
- Reconocer las responsabilidades del médico en la salud pública y mundial.

3.4.2.3.3.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Medicina

La Medicina (del latín mederi que significa “curar” originalmente ars medicina que quiere decir el “arte de la medicina”)

Es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento, y prevención de las enfermedades. La medicina forma parte de las denominadas ciencias de la salud.

La práctica de la medicina combina la ciencia y el arte de aplicar el conocimiento y la técnica para ejercer un servicio de salud. Esta conjunción bidimensional implica que la

práctica médica gira alrededor de la relación médico-paciente y con los otros agentes de la salud y la comunidad.

El profesionalismo médico implica una relación con el paciente, sus colegas y la sociedad. La medicina es una actividad social que algo estrictamente individual. Se lleva a cabo en un contexto de gobierno y organización corporativa y de financiamiento. La medicina depende de la investigación médica, pública, corporativa y de fabricación de productos para la base de sus conocimientos y tratamientos. Necesita de instituciones de salud complejas para muchos de sus procedimientos y trata las enfermedades tanto de origen social como biológico.

La tradición hipocrática de la ética médica no ofrece mucha orientación sobre las relaciones con la sociedad. La ética médica actual aborda los problemas que se presentan fuera del marco de la relación médico-paciente y proporciona criterios y procedimientos para enfrentarlos.

El médico tiene varias relaciones con la sociedad. Puesto que la sociedad y su entorno físico son factores importantes para la salud de los pacientes, tanto la profesión médica como el médico tiene funciones importantes que cumplir en la salud pública, la educación de la salud, la protección del medio ambiente, las leyes que afectan la salud, o el bienestar de la comunidad y el testimonio en los procedimientos judiciales. La **Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente** estipula lo siguiente: “Cuando la legislación una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos”.

El médico está convocado a cumplir una función importante en la asignación de los escasos recursos de salud de la sociedad y a veces tienen el deber de evitar que los pacientes accedan a servicios a los que no tienen derecho. La implementación de estas responsabilidades puede producir conflictos éticos, en especial cuando los intereses de la sociedad parecen entrar en conflicto con los del paciente.

DOBLE OBLIGACIÓN.

Los médicos tienen responsabilidades ante sus pacientes y ante terceros cuando dichas responsabilidades son incompatibles se encuentra en una situación de “doble obligación”.

Los terceros que exigen obligación o lealtad del médico incluyen los gobiernos, empleadores, aseguradoras, oficiales militares, policía, personal de prisiones y familiares. El **Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial** estipula que “El Médico debe a sus pacientes toda su lealtad”, por lo general se acepta que en casos excepcionales el médico tenga que poner los intereses de otros por sobre los del paciente. El desafío ético está en decidir cuándo y cómo proteger al paciente frente a las presiones de terceros.

Las situaciones de doble obligación incluyen un espectro desde los que los intereses de la sociedad deben prevalecer hasta en los que los intereses del paciente son claramente más importantes. Entre los dos extremos hay una zona nebulosa en la que se necesita mucho discernimiento para decidir lo que es correcto.

La Asociación Médica Mundial proporciona una orientación específica a los médicos que están en conocimiento de torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Los médicos deben mantener su independencia profesional a fin de determinar qué es lo mejor para el paciente, deben respetar, en lo posible, los requisitos éticos normales del consentimiento informado y la privacidad. Toda transgresión de estos requisitos debe ser justificada e informada al paciente. Los médicos deben informar a las autoridades correspondientes toda interferencia injustificada en la atención de los pacientes, en especial si se niegan los derechos fundamentales. Si las autoridades no responden, se puede buscar ayuda en la Asociación Médica Nacional, la Asociación Médica Mundial y las organizaciones de derechos humanos.

La Asociación Médica Mundial sobre las **Relaciones entre los médicos y Las Empresas Comerciales** el principio ético fundamental de estas normas es que los médicos deben resolver cualquier conflicto entre sus propios intereses y los de sus pacientes a favor de sus propios pacientes.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En cada país del mundo, incluso en los más ricos, existe una brecha entre las necesidades y deseos de los servicios de salud y la disponibilidad de recursos para proporcionar estos servicios. Debido a esta brecha, se requiere que los recursos

existentes sean racionados de alguna manera. La racionalización de la salud o la “asignación de recursos”, como se le llama comúnmente, se practica a tres niveles:

- Al más alto nivel (“macro”), los gobiernos deciden cuanta cantidad del presupuesto general se debe destinar a salud, qué tipo de atención médica se entregará sin costo y cual necesitará un pago ya sea directamente de los pacientes o de sus planes de seguros médicos; dentro del presupuesto de salud, cuánto se dará a la remuneración de los médicos, enfermeras y otro personal de salud, a gastos de capitales o de funcionamiento para hospitales y otros establecimientos, a la investigación, a la educación de los profesionales de la salud, al tratamiento de enfermedades específicas, como tuberculosis, sida, etc.
- A nivel institucional (“medio”), que incluye los hospitales, las clínicas, establecimientos de salud, etc., las autoridades deciden como distribuir sus recursos: que servicios proporcionar, cuanto gastar en el personal, equipo, seguridad, otros gastos de funcionamiento, renovaciones, ampliaciones, etc.
- A nivel de cada paciente (“micro”), el personal de salud en especial los médicos, deciden que exámenes prescribir si se necesita enviar al paciente a otro médico, si el paciente debe ser hospitalizado, si es necesario un medicamento de marca registrada en lugar de un genérico, etc. Se ha calculado que los médicos son responsables de iniciar el 80% de los gastos de salud y a pesar de la intromisión cada vez más grande de la atención administrada, todavía son muy discretos en cuanto a que recursos los pacientes tendrán acceso.

Las medidas que se toman a cada nivel tienen un componente ético principal, ya que están basadas en valores y tienen consecuencias importantes para la salud, el bienestar de las personas y comunidades. Aunque las personas se ven afectadas por las decisiones que se toman en todos los niveles, están más involucradas en el nivel micro. Este enfoque individualista de la ética médica sobrevivió a la transición entre el paternalismo del médico y la autonomía del paciente, en la que la voluntad de cada paciente se convirtió en el principal criterio para decidir que recursos debe recibir. Sin embargo, últimamente otro valor, la justicia, se ha transformado en un factor importante

en la toma de decisiones médicas. Este implica un aspecto más social de la asignación de recursos, considera las necesidades de sus pacientes y de los demás también.

Esta nueva interpretación de la función del médico en la asignación de recursos está expresada en los códigos de ética de muchas asociaciones médicas nacionales y también en la **Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente** que considera: “En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación”.

Una manera en la que el médico puede ser responsable en la asignación de recursos es evitando las práctica inútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes la solicitan. El uso excesivo de antibióticos es un ejemplo de una práctica inútil y dañina. Existen normas de práctica clínica para muchas condiciones médicas que ayudan a distinguir entre los tratamientos eficaces y los inútiles. El médico debe familiarizarse con estas normas a fin de preservar los recursos y proporcionar un tratamiento óptimo a sus pacientes.

Un tipo de decisión sobre asignación que muchos médicos deben tomar es la elección entre dos o más pacientes que necesitan un recurso; como la atención de un personal de emergencia, una cama disponible en la unidad de cuidados intensivos, órganos para trasplante, exámenes radiológicos de alta tecnología y ciertos medicamentos muy costosos. El médico que controla estos recursos debe decidir que pacientes tendrán acceso a ellos y cuáles no, sabiendo muy bien que los que no obtendrán los recursos pueden sufrir e incluso morir.

Cuando abordan los conflictos de asignación, el médico no sólo debe equilibrar los principios de compasión y justicia, sino que al hacerlo debe decidir qué enfoque de la justicia es preferible. Existen varios enfoques, incluidos los siguientes:

- **Liberal:** Los recursos deben ser asignados según los principios del mercado (la elección individual está condicionada por la capacidad y disponibilidad a pagar, con limitada atención caritativa a los desposeídos);
- **Utilitario:** Los recursos deben ser asignados según el principio del máximo beneficio para todos;

- **Igualitario:** Los recursos deben ser asignados estrictamente según la necesidad;
- **Restaurativo:** Los recursos deben ser asignados de manera de favorecer a los desposeídos históricamente.

En base a estos diferentes enfoques se requiere que los médicos trabajen en conjunto, en sus asociaciones profesionales, para convencer a las personas que toman las decisiones en el gobierno y a otros niveles de la existencia de las necesidades de los pacientes y como satisfacerlas gubernamentalmente de la mejor manera, tanto en sus propios países como en el mundo.

SALUD PÚBLICA

En el siglo XX, la medicina fue testigo de una lamentable división entre la “salud pública” y privada. Es lamentable, ya que el público está formado por personas y las medidas destinadas para proteger y mejorar la salud del público serán resultados beneficios para la salud de las personas.

Se presta a confusión si la “salud pública” se interpreta como “atención médica con financiamiento público” (es decir, atención médica financiada a través del sistema de impuestos de un país o de un sistema de seguro universal obligatorio) y como lo opuesto a “atención médica con financiamiento privado” (es decir, atención médica pagada por la persona a través de un seguro de salud privado y por lo general no es universal).

La salud vista desde la perspectiva de la población es necesario asesorar y defender las políticas públicas que promueven una buena salud, además de participar en actividades que buscan proteger a la comunidad de enfermedades contagiosas y de otros riesgos de salud. El ejercicio de la **Salud Pública** (conocida como “medicina de salud pública” o “medicina comunitaria”) depende de la base científica de la **Epidemiología**.

Epidemiología: Estudio de la distribución y determinantes de la salud y la enfermedad en las poblaciones. Algunos médicos siguen una formación extraacadémica para ser Epidemiólogos.

Todos los médicos necesitan tener conciencia de los determinantes sociales y ambientales que incluyen en el estado de salud de cada uno de sus pacientes. La **Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Promoción de la Salud** estipula que “Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los mejores intereses de sus pacientes en todo momento, e integrar dicha responsabilidad a una preocupación mayor y compromiso para promover y asegurar la salud del público”.

Las medidas de salud pública, como las campañas de vacunación y las respuestas de emergencia a los brotes de enfermedades contagiosas, son factores importantes en la salud de las personas, pero los factores sociales, como la vivienda, la nutrición y el empleo, son igualmente importantes, incluso más. Los médicos rara vez son capaces de tratar las causas sociales de las enfermedades de sus pacientes, aunque los deben enviar a los servicios sociales que estén disponibles. No obstante pueden contribuir, aunque sea de manera indirecta, a dar soluciones de largo plazo a estos problemas al participar en actividades de salud pública y educación de la salud, controlar e informar sobre los riesgos ambientales, identificar y dar publicidad a los efectos adversos para la salud causados por problemas sociales como el maltrato y la violencia y defender los mejoramientos en los servicios de salud público.

SALUD MUNDIAL

El reconocimiento de que los médicos tienen responsabilidades con la sociedad en la que viven se ha ampliado en los últimos años hasta incluir una responsabilidad por la salud mundial. Este término se ha definido como problemas de salud, preocupaciones que traspasan las fronteras nacionales, que pueden ser influenciados por las circunstancias o experiencias en otros países y que son abordados con acciones y soluciones cooperativas. La salud mundial es parte de un movimiento de globalización mucho más grande que abarca el intercambio de información, el comercio, la política, el turismo y muchas otras actividades humanas.

La base de la globalización es el reconocimiento de que las personas y las sociedades son cada vez más interdependientes.

Esto queda en clara evidencia con respecto a la salud humana, como lo ha demostrado la rápida propagación de enfermedades como la influenza. Epidemias que necesitan una acción internacional de control. Si un médico no reconoce y no trata una enfermedad altamente contagiosa en un país, esto puede tener efectos devastadores en los pacientes de otros países. Por esta razón, las obligaciones de los médicos va más allá de sus pacientes e incluso de sus comunidades y naciones.

El desarrollo de una visión mundial de la salud ha producido una creciente toma de conciencia sobre las disparidades en salud que existen a través del mundo. A pesar de las campañas realizadas a gran escala para combatir la mortalidad prematura y la debilitante morbilidad en los países pobres, que han tenido como resultado balances positivos, como la eliminación de la viruela y polio entre otras. La brecha en el estado de salud entre los países de altos ingresos y los de bajos ingresos continúa a agrandarse. Esto se debe en parte al VIH/Sida que ha tenido sus peores efectos en los países pobres, pero también es cierto que es debido a que los países de menos recursos no han podido beneficiarse del aumento de la riqueza que ha experimentado el mundo durante las últimas décadas.

Las causas de la pobreza son en gran parte políticas económicas, por lo que están fuera de control de los médicos y de sus asociaciones, los médicos en efecto deben enfrentar la mala salud consecuencia de la pobreza. En los países de bajos ingresos los médicos tienen pocos recursos que ofrecer a sus pacientes deben constantemente asignar dichos recursos de la manera más justa. Incluso en los países de altos y medianos ingresos los médicos encuentran pacientes directamente afectados por la globalización, como los refugiados, y que a veces no tienen acceso a la cobertura médica de la que benefician los habitantes de esos países.

Otro aspecto de la globalización es la movilidad internacional de los profesionales de la salud, incluidos los médicos. El flujo de médicos desde los países en desarrollo hacia los industrializados ha sido provechoso tanto para los médicos como para los países que lo reciben, no para los países exportadores. La Asociación Médica Mundial estipula en sus **Normas Éticas para la Contratación Internacional de Médicos** “que no debe impedir que los médicos dejen su país de origen o de adopción para seguir carreras en otros países. Sin embargo, cada país debe hacer todo lo posible para educar una cantidad adecuada de médicos y tomar en cuenta sus necesidades y recursos. Un país no debe depender de la inmigración de otros países para satisfacer sus necesidades de médicos.”

Los médicos de los países industrializados tienen una larga tradición de poner al servicio de los países en desarrollo su experiencia y conocimientos. Esto se da en varias formas: ayuda médica de emergencia coordinada por organizaciones como la Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras, campañas quirúrgicas de corto plazo, suministro de medicamentos y equipo médico entre otros. Estos programas muestran el lado positivo de la globalización y sirven para compensar, en parte, el movimiento de médicos desde países pobres hacia los ricos.

3.4.2.3.4.- CIERRE

La Dra. tiene razón en buscar una solución a sus pacientes en la red de apoyo al maltrato infantil. Es un problema social ya que no solo la afecta a ella sino al paciente a otros médicos y a otros pacientes.

3.4.2.4.- EL MEDICO Y SUS COLEGAS

3.4.2.4.1.- CASO CLINICO:

El Dra C, nuevo pediatra en un hospital de la ciudad, está muy preocupada por la conducta de sus colegas, ya que siguen protocolos antiguos. Además con frecuencia se evidencia mal trato a las madres de los pacientes. Puesto que la Dra. C acaba de integrarse al personal, no se atreve a comentar personalmente o informar a las autoridades superiores; sin embargo, siente que debe hacer algo para mejorar la situación.

3.4.2.4.2.- OBJETIVOS

- Conocer los principios éticos en las relaciones entre colegas.
- Como solucionar conflictos con otros profesionales de la salud.

3.4.2.4.3.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

DESAFIOS DE LA AUTORIDAD MÈDICA

Los médicos forman parte de una profesión que ha funcionado tradicionalmente de una manera jerárquica, tanto interna como externamente.

En el ámbito interno existen tres jerarquías:

La primera: Hace diferencia entre especialidades, en la que algunas son consideradas más prestigiosas y mejor remuneradas que otras.

La segunda: Está en las especialidades, en la que la academia tiene más influencia que la práctica privada o pública;

La tercera: Tiene relación con la atención de pacientes específicos, en la que el que presta atención primaria está al comienzo de la jerarquía y los otros médicos, incluso con más autoridad o conocimientos, sirven simplemente como consultores, a menos que el paciente le sea destinado a su cuidado.

En el plano externo los médicos por tradición han estado al comienzo de la jerarquía del cuerpo que presta atención médica, por sobre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Con el rápido aumento de los conocimientos científicos y sus aplicaciones clínicas, la medicina se ha vuelto muy compleja. No es posible que el médico sea experto en todas las enfermedades del paciente y los tratamientos potenciales, por lo que necesita la ayuda de otros médicos especialistas y profesionales de la salud experimentados, como las enfermeras, los farmacéuticos, los kinesiólogos, los técnicos de laboratorios, los asistentes sociales y muchos otros. Los médicos necesitan saber cómo tener acceso a los conocimientos pertinentes que necesitan los pacientes y que ellos no poseen.

El paternalismo médico ha sido afectado gradualmente por el creciente reconocimiento del derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones médicas. Esto ha tenido como consecuencia que el modelo de toma de decisiones cooperativo ha reemplazado al modelo autoritario que era característico del paternalismo médico tradicional. Lo mismo sucede en las relaciones con el médico y otros profesionales de la salud. Estos no están dispuestos a seguir las órdenes de los médicos sin conocer las razones que los motivan. Se consideran profesionales con responsabilidades éticas específicas hacia los pacientes, si su percepción de estas responsabilidades entra en conflicto con las ordenes de los médicos, estiman que deben cuestionar las ordenes de los médicos e incluso cuestionarlas con fundamento científico. En cambio en el modelo jerárquico de autoridad nunca se dudó de quien estaba a cargo y quien debía prevalecer en caso de conflicto, el modelo cooperativo puede producir polémica sobre la atención apropiada para el paciente.

Estos avances han cambiado las reglas de juego en las relaciones de los médicos con sus colegas y los otros profesionales de la salud.

RELACIONES CON COLEGAS MEDICOS, PROFESORES Y ESTUDIANTES

Por formar parte de la profesión médica, siempre se ha esperado que los médicos se traten entre ellos como miembros de una familia. La **Declaración de Ginebra de Asociación Médica Mundial** incluye esta promesa: “prometo considerar como hermanos y hermanas a mis colegas”.

Además del requisito positivo de tratar a su colega con respeto y trabajar de manera cooperativa para aumentar al máximo la atención al paciente, **El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial** tiene dos restricciones a las relaciones de los médicos con sus colegas: 1) el pago o recibo de cualquier honorario con el propósito de tener un paciente o enviar un paciente a un establecimiento. 2) el médico no debe atraer los pacientes de sus colegas, 3) denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional.

De acuerdo al Juramento Hipocrático los médicos deben tener un respeto especial por sus profesores. **La Declaración de Ginebra** lo afirma de la siguiente manera: “otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen”. Los estudiantes de medicina y los alumnos que practican tienen un deber de gratitud hacia sus profesores, sin los cuales la educación médica se vería reducida a una autoinstrucción.

Por su parte los profesores tienen la obligación de tratar a sus estudiantes con respeto y servir de buenos modelos para tratar a los pacientes. El llamado “currículo oculto” de la educación médica, es decir, la conducta del médico frente al paciente.

El profesor tiene la obligación de pedir a sus alumnos que no realicen prácticas antiéticas. Se espera que los estudiantes de medicina demuestren altos niveles de conducta ética apropiada a futuros médicos; deben tratar a los otros estudiantes como colegas y estar preparados a ofrecer su ayuda cuando sea necesario, incluida una observación correctiva frente a un comportamiento no profesional. Los estudiantes deben contribuir plenamente a proyectos y deberes compartidos, como tareas de estudio y servicios de turno.

INFORME DE PRÁCTICAS INSEGURAS O ANTIÉTICAS

El requisito fundamental de la autorregulación es el apoyo sincero de los médicos a sus principios y su voluntad para reconocer y abordar las prácticas inseguras y antiéticas.

La obligación de informar sobre la incompetencia, el menoscabo o la mala conducta de un colega está estipulada en los Códigos de Ética Médica. **El Código Internacional de ética Médica** de la Asociación Médica Mundial establece que “el médico debe informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño”.

La denuncia de colegas a la autoridad disciplinaria debe ser un último recurso después de haber tratado otras alternativas sin éxito.

El primer paso podría ser acercarse al colega y decirle que su conducta es antiética, lo siguiente sería conversar con el inmediato superior para que tome la medida pertinente y la última instancia es notificar a las autoridades disciplinarias.

RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

La Declaración de Ginebra es aplicable al tratar con todas las personas que trabajan con el médico en la atención al paciente.

La no discriminación es una característica pasiva de una relación. El respeto es algo más activo y positivo. Con respecto al otro personal de salud implica la valorización de sus conocimientos y experiencia en cuanto a que pueden contribuir a la atención de los pacientes. Todo el personal de salud no es igual desde el punto de vista de su educación y formación, comparten una igualdad humana básica al igual que una preocupación similar por el bienestar de los pacientes.

Los conflictos deben solucionarse con el respectivo diálogo.

COOPERACIÓN

La medicina es una profesión individualista y cooperativa.

El debilitamiento del paternalismo médico deja en libertad al paciente el obtener una segunda opinión. Se amplía el acceso a otro personal de salud que tal vez este en mejores condiciones de satisfacer las necesidades del paciente. Según la Declaración de la Asociación Médica Mundial **sobre los derechos del paciente**, “El medico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención medicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente.”.

Estas restricciones sobre la “propiedad” de los pacientes necesita ser compensada con otras medidas destinadas a resguardar la primacia de la relación médico-paciente. En un paciente que es tratado por varios médicos debe haber uno que realice la coordinación sobre la atención y pueda mantener informado sobre su estado y ayudarlo a tomar decisiones.

Los médicos deben tratar de cooperar con los profesionales (enfermeras, auxiliares, fisioterapistas, nutricionistas, etc) la manera de hacerlo varía según el país y el tipo de profesional. En todas estas interacciones el bienestar del paciente debe primar sobre todo.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Idealmente las decisiones en salud deben reflejar un acuerdo entre el paciente, los médicos y todas las otras personas involucradas en la atención del paciente. No obstante, la incertidud y los distintos puntos de vista pueden dar paso a desacuerdos sobre los objetivos de la atención o los medios usados para lograr dichos objetivos.

Los recursos de salud limitados y las políticas de funcionamiento también pueden dificultar la obtención de un consenso.

Los desacuerdos entre el personal de salud respecto a los objetivos de la atención y el tratamiento o los medios para lograrlo deben ser aclarados y solucionados por los miembros del equipo de salud, a fin de no perjudicar sus relaciones con el paciente.

Los desacuerdos entre el personal de salud y los administradores en relación con la asignación de recursos deben ser resueltos al interior del establecimiento y no deben ser discutidos en presencia del paciente. Puesto que ambos tipos de conflictos son de naturaleza ética, el asesoramiento de un comité de ética clínica un consultor de ética, cuando se dispone de los recursos, pueden ayudar a solucionar estos conflictos.

Se pueden usar las siguientes directrices para la solución de conflictos:

- Los conflictos se deben solucionar de la manera más informal posible, por ejemplo, por medio de una negociación directa con las personas en desacuerdo y sólo utilizar procedimientos más formales cuando dichas medidas informales no den resultado.
- Se debe obtener la opinión de todas las personas directamente involucradas y respetarlas.
- La elección informada del paciente, o del representante autorizado, sobre el tratamiento se debe considerar ante todo en la búsqueda de una solución de conflicto.
- Si el conflicto es sobre que opciones se le deben ofrecer al paciente, por lo general es preferible una gama de opciones más amplia que estrecha. Si un tratamiento preferido no está disponible por falta de recursos, esto normalmente debe ser informado al paciente.
- Si luego de esfuerzos razonables, no se puede lograr un acuerdo a través del diálogo, se debe aceptar la decisión de la persona que tiene derecho o responsabilidad de tomar decisiones, se debe buscar una mediación, arbitraje o fallo.
- Si el personal de salud no puede aceptar la decisión que prevalece por juicio profesional o moral personal, se les debe permitir que no participen en la implementación de la decisión, después de asegurarse que la persona atendida no queda en situación de riesgo o abandono

3.4.2.4.4.- CIERRE

La Dra. C. tiene el deber ético de no ignorar esta conducta por lo que propone a las autoridades superiores realizar revisiones semanales de los casos problema

3.4.2.5.- LA ÈTICA Y LA INVESTIGACIÒN MÈDICA

3.4.2.5.1.- CASO CLINICO:

La Dra. M, Pediatra del centro de salud, ha sido contactada por una organización de investigación para participar en un ensayo clínico de un nuevo antibiótico para el tratamiento de la infección de vías urinarias. Le ofrecen una cantidad de dinero por cada paciente que inscriba en el ensayo. El representante de la organización le asegura que el ensayo cuenta con todas las autorizaciones necesarias, incluida la del comité de revisión ética. La Dra. M. nunca ha participado en un ensayo antes está contenta de tener esta oportunidad, en especial y cuenta con dinero extra por lo que acepta sin averiguar más sobre los aspectos científicos y éticos del ensayo.

3.4.2.5.2.- OBJETIVOS

- Identificar los principios esenciales de la ética de la investigación
- Conocer el equilibrio entre investigación y atención clínica
- Saber aplicar los requisitos de los comités de revisión ética

3.4.2.5.3.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

La medicina no es una ciencia exacta como las matemáticas o la física. Cada paciente es diferente lo que es un tratamiento eficaz para el 90% de la población puede que no funcione con el 10% restante. Por eso la medicina es intrínsecamente experimental. Incluso los tratamientos más ampliamente aceptados necesitan ser controlados y evaluados para determinar si son eficaces para pacientes específicos y para los pacientes en general. Esta es una de las funciones de la investigación médica. Otra es la creación de nuevos tratamientos, medicamentos, aparatos médicos y técnicas quirúrgicas. En la actualidad se hace mucha más investigación, quedan muchas preguntas sin respuesta sobre el funcionamiento del cuerpo humano, las causas de las enfermedades y la mejor manera de evitarlas o sanarlas. La investigación es la mejor manera de dar respuesta.

La investigación médica explora una gran variedad de factores de la salud humana, incluido los patrones de enfermedades (epidemiología), la organización, el financiamiento y la prestación de atención médica, (investigación de sistemas de salud), los aspectos sociales y culturales de la salud (sociología y antropología médicas), la legislación (medicina legal), y la ética (ética médica). La importancia de estos tipos de investigación es cada vez más reconocida por los organismos encargados de financiamiento, muchos tienen programas específicos de investigación médica no fisiológica.

INVESTIGACIÓN EN LA PRACTICA MÉDICA

El médico debe saber interpretar los resultados de la investigación y aplicarlos a sus pacientes

El método más común de investigación para el médico clínico es el ensayo clínico. Las cuatro etapas son:

- Primera etapa: La investigación se realiza con un pequeño grupo de voluntarios en buena salud que con frecuencia son remunerados por su participación. El objetivo es conocer la dosis necesaria del medicamento para producir una respuesta en el cuerpo humano, como el cuerpo procesa el medicamento y si produce efectos tóxicos o peligrosos.
- Segunda etapa: La investigación se realiza en un grupo de pacientes que tienen la enfermedad que deberá tratar el medicamento. El objetivo es conocer si el medicamento produce algún efecto beneficioso para la enfermedad y si tiene efectos secundarios peligrosos.
- Tercera etapa: El medicamento se administra a una gran cantidad de pacientes y se compara a otro medicamento, si existe otro para la condición o un placebo.
- Cuarta etapa: La investigación se realiza después que el medicamento ha obtenido la licencia y se ha comercializado. En los primeros años, el nuevo medicamento es controlado para ver los efectos secundarios que no se detectaron en las etapas anteriores. Además la compañía farmacéutica está interesada en saber cómo el medicamento ha sido recibido por los médicos que lo prescriben y los pacientes que lo utilizan. **compasión**

Debe primar la función del médico sobre la del investigador. Estos problemas potenciales pueden ser solucionados. Los valores éticos del médico:, **competencia y autonomía** se aplican al investigador médico, de modo que no existe un conflicto intrínseco entre las dos funciones. En la medida en que el medico entienda y siga las reglas básicas de la ética de investigación, no debería tener ninguna dificultad en participar en investigación como componente integral de su práctica clínica.

REQUISITOS ÈTICOS

CÒDIGO DE NÛREMBERG

ANEXO 7

Al momento los principios éticos de la investigación están bien establecidos, aunque no siempre fue así. Existían algunas declaraciones sobre ética de investigación a

comienzos del siglo XX no evitaron que médicos en la Alemania nazi y en otros lados realizaran investigación en personas que violaban sin duda los derechos humanos fundamentales. Después de la Segunda Guerra Mundial, algunos médicos fueron juzgados y condenados por un tribunal especial en Núremberg, Alemania. La base del juicio se conoce como el Código de Núremberg, el que ha servido como documento fundamental de la ética de investigación moderna. En los diez principios de este Código está el requisito del consentimiento voluntario si un paciente desea tomar parte de la investigación.

El código de Núremberg documento que se formulo luego de la segunda guerra mundial como respuesta a las investigaciones médicas realizadas de manera inhumana enfocando a que las mismas se realicen respetando al ser humano con conceptos morales, éticos y legales. Son **Principios para los que realizan investigación y experimentación.**

El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados benéficos para la sociedad.

El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

Este documento fue revisado durante diez años y finalmente fue adoptado como la **Declaración de Helsinki (DdH) en el año 1964.** Fue revisada en los años 1975, 1983,

1989, 1996, 2000 y 2008. La declaración de derechos humanos es un breve resumen de la ética de investigación. Se han publicado otros documentos más detallados en los últimos años sobre la ética de investigación en general por ejemplo The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries, 2002 del Consejo Nuffield de Bioética (Reino Unido).

3.4.2.5.4.- CIERRE

La Dra. M. Debe conocer más sobre el ensayo y estar segura que reúne los requisitos de una investigación ética. Pedir el protocolo que se presentó al comité de revisión ética y las conclusiones que emitió. Aceptar proyectos relacionados con su práctica y estar de acuerdo con el mérito científico y el valor social del mismo. Puede pedir asesoría para asegurar que actúa por el bienestar de sus pacientes.

La Dra. debe estar en capacidad de explicar a sus pacientes el proyecto de manera que puedan dar su consentimiento totalmente informados para su participación o exclusión. Vigilar por el bienestar de sus pacientes y de presentarse un efecto colateral estar en capacidad de resolver. Comunicar a sus pacientes los resultados de la investigación cuando estén disponibles.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

De los encuestados se llegó a establecer la necesidad de implementar una capacitación continua en ética médica.

La mitad de los médicos tiene una formación curricular y conocimiento de los conceptos básicos de ética médica, la declaración de Ginebra, de Helsinki, y el consentimiento informado. Conocimientos importantes en la toma de decisiones del profesional médico.

Por lo que se recomienda la implementación de talleres en ética médica con metodología de aprendizaje basado en problemas como práctica para la resolución de problemas frecuentes en neonatología y la organización de un comité de ética médica en el hospital.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- El 100% de los encuestados, tienen titulación de tercer nivel en medicina; sin embargo, los porcentajes son iguales tanto en haber recibido capacitación formal como en autoformación. (tabla 1)
- De igual manera, los principios básicos de la ética médica son conocidos únicamente por el 66%. En relación a la Declaración de Ginebra el mismo 66% declara conocerla, no así la Declaración de Helsinki conocida por el 50% de los médicos encuestados.(tabla 2-3)
- Un porcentaje importante (83%) menciona que conoce y practica los derechos de la ética medica.(tabla 4)
- El 100% de los encuestados manifiesta que si practica y conoce el consentimiento informado con los pacientes e incluye a la decisión que debe ser tomada por los pacientes.(tabla 5)
- Los seis profesionales que practican el consentimiento informado con los pacientes; reconocen que se debe a una necesidad de la sociedad aunque mayoritariamente (83%) no clarifican en el porqué de esta necesidad.(tabla 6).
- La relación existente entre la calidad de vida y la ética médica es una correlación indisoluble por el 100% de los profesionales. La necesidad de aplicar la ética médica en el proceso de muerte de un paciente es respondida afirmativamente únicamente por el 83% de los médicos
- La ética médica es el medio por el cual el residente puede tener bases teórico-científicas que contribuyen a tomar decisiones en su labor.

- Se propone los talleres como espacios de reflexión para la toma de decisiones.
- El taller es un escenario de aprendizaje participativo con enfoque a solucionar los problemas de la práctica médica.

5.2 RECOMENDACIONES

- Capacitar al médico residente en ética médica con la metodología de aprendizaje basado en problemas para un acercamiento más natural y solucionar problemas en su ejercicio profesional.
- Se ratifica la necesidad de crear comités de ética en cada institución para dilucidar los problemas médicos e incentivar con perspectiva más consciente lo que pasa para resolver el problema.
- Organizar la creación de un comité de ética médica en el Hospital San Bartolo.
- Aplicar modelos educativos que vayan a la par del desarrollo científico y tecnológico.
- Promover la implementación de una guía como respuesta a la práctica médica continua.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Bestard J.,(2004). Diez valores éticos, Madrid:PPC.
- 2.- Bòrquez E., Problemas Éticos en Neonatología. Rev. Med. Clin. Condes, 2008.19 (3)284-289
- 3.- Camus A., (1967). La Peste. Buenos Aires: Sudamericana S.A.
- 4.- Cortina A.,(1993). La Ética Aplicada y democracia radical. Madrid: Tecnos.
- 5.- De Spinoza, B.,(1980) Ética demostrada según el orden geométrico. Buenos Aires:.Orbis S.A.
- 6.- Estadísticas Hospital San Bartolo,(2012). Unidad de Neonatología.
- 7.- Fabre, F.,(1985). Bioética: Un nuevo concepto y una nueva responsabilidad, Boletín de Bioética Labor Hospitalaria Hermanos de San Juan de Dios, 8(196),101-111. Barcelona,
- 8.- Gracia, D.,(1998).Ética y vida fundamentación y enseñanza de la Bióetica.Santa Fe de Bogotá:Codice.
- 9.- Gomella T., (2004). Neonatología. (167-173). (167-173). Buenos Aires: Panamericana.
10. - Kattwinkel J:, (2011). Reanimación Neonatal. Sarasota: American Academy of Pediatrics.
- 11.- Kenney W.,(1972). El Fenómeno Humano de Teilhard de Chardin Guía para el Lector. España: Ed Sal Térrea Santander.
- 12.- Kùbler-Ross, E.,(1969).On Death and Dying,Nueva York: Macmillan Co.
- 13.- Marguerite Y.,(1974). Memorias de Adriano.Barcelona. Ed. Galimard

- 14.- Morin E.,(1984). Ciencia con conciencia.Barcelona: Anthropos, Barcelona
- 15.- Morín E.,(2001).El Método I. La naturaleza de la naturaleza. Madrid: Cátedra,
- 16.- Morín E.,(2002). El Método II. La vida de la vida.Madrid: Cátedra
- 17.- Morín E.,(2002). El Método III. El conocimiento del conocimiento.Madrid: Cátedra.
- 18.- Morín E.,(1992). El Método IV. Las ideas. Madrid: Cátedra,
- 19.- Morín E.,(2003). Método V. La humanidad de la humanidad.Madrid: Cátedra.
- 20.- Morín E.,(1992). Método VI Ética. Madrid: Cátedra.
- 21.- Morín E.,(1974). El Paraíso perdido. Ensayo de bioantropología. Barcelona: Cairos.
- 22.- Morín, E.,(1974). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
- 23.- Morín E.,(1982). Para salir del siglo XX. Barcelona: Cairos.
- 24.- Morín E.,(1993).Tierra-Patria. Barcelona: Cairos.
- 25.- Pellegrino E., Thomasma D.,(1993). The virtues in Medical Practice. Oxford: University Press.
- 26.- Potter V.,(1971). Bioethics, bridge to the future. New York. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- 27.- Roy D.,(1976). La Bioétique Une responsabilité nouvelle pour le controle d'un nouveau pouvoir. París: Relations.
- 28.- Sindicato Médico del Uruguay (2006-2007). Manual Médico. Montevideo: Br. Artigas.
- 29.- Rodríguez Suarez J.,(2004). Educación Médica Aprendizaje Basado en Problemas. México: Ed Médica Panamericana.
- 30.- Tehillard de Chardin., (1967). El médico divino.Madrid: Ed. Taurus.
- 31.- UNESCO.,(2005). Guía N1.Creación de los comités de Bioética, París:UNESCO
- 32.- Van Kessel J., Larraín H.,(2000). Manos sabias para criar la vida tecnología andina. Quito: Abya-Yala.

- 33.- www.urosario.edu.co/investigacion/tomos/fasciculos//nota_medicina8.htm-18k
"Código de Ética em la medicna Indígena".(2009-06-7)
- 34.- www.chamanismo.org/foros/index.php "Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía (2009-06-7)
- 35.- www.paho.org/spanish/dpm/sshd/hp- "Los códigos de ética y la regulación profesional en salud comisión de bioética y calidad integral de la atención de la salud"(2009-06-7)
- 36.- www.bioética.org/bioética "Prometeo de pie alternativs étnicas y éticas a la apropiación"(2009-06-7)
- 37.- www.eluniverso.com/2012/..."Unicef *reporta menos mortalidad infantil en ecuador*"(2013-08-3).
- 38.- www.wma.netManual de Ética Médica" World Medical Association.(2013-08-3)

ANEXOS

ANEXO 1 NUESTROS VALORES

LA DECLARACIÓN DE GINEBRA

“Siendo ahora admitido en la profesión médica, solemne doy mi palabra de consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

- Guardaré respeto y gratitud a mis dignos maestros.
- Practicaré la medicina con dignidad y conciencia
- Pondré en primer lugar la salud y la vida de mis enfermos
- Celosamente callaré toda confidencia de mis pacientes.
- Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.
- Mis colegas serán como mis hermanos.
- No permitiré discriminaciones de etnia, religión, nacionalidad, partidos políticos o posición social que intervengan entre mi deber y mi paciente.
- Mantendré el mayor respeto a la vida humana desde su concepción.
- Ni bajo amenazas usaré mis conocimientos contra las leyes de la vida y la humanidad.
- Espontáneamente y por mi propio honor formulo este juramento”

ANEXO 2

REGLAMENTO DEL RESIDENTE HOSPITAL SAN BARTOLO

1.- Disposiciones Generales

1.1 Los Médicos Residentes cumplirán y harán cumplir el presente reglamento y además las disposiciones emitidas por las autoridades y las normas internas de los respectivos servicios.

1.2 Las residencias serán ocupadas por los ganadores de concurso de merecimientos y oposición de acuerdo a la Ley de concursos para la provisión de cargos médicos a nivel nacional con contrato.

1.3 Los Médicos Residentes desempeñarán funciones asistenciales y docentes bajo la supervisión del Responsable de la Unidad de Docencia, Jefe de Residentes, Jefe de Servicio y Médicos Tratantes.

1.4 Los Médicos residentes serán designados al Servicio Médico del “Hospital San Bartolo” según el concurso de merecimientos y oposición que intervinieron y resultaron ganadores.

1.5 La Residencia implica dedicación exclusiva. El médico residente no podrá cumplir otro tipo de tarea en horas de su trabajo.

1.6 El “Hospital San Bartolo” concederá un certificado al final de la residencia, reconociendo su experiencia profesional.

1.7 El médico residente cumplirá con todos los programas del Departamento de Docencia, Jefatura de Residentes y del Servicio al que fue designado, incluye la participación en actividades académicas del hospital, sesiones patológicas de cada servicio, conferencias, revisiones bibliográficas trabajos de investigación, seminarios, cursos, etc.

Para que ello sea posible deben ser programados y categorizadas adecuadamente. La inasistencia debe ser justificada en un tiempo máximo de 24 horas a la Unidad de Docencia del Hospital

2.- Presentación Personal

2.1 Los Médicos Residentes deberán estar en todo momento correctamente presentados haciendo uso de sus uniformes que lo llevarán puesto obligatoriamente durante el día de la guardia.

2.2 Los médicos residentes deben portar el carnét de identificación proporcionado por la unidad de docencia al inicio de sus funciones.

2.3 Queda prohibido el uso de ropa ajena a las áreas de trabajo como: quirófano, centro obstétrico, neonatología y demás servicios.

2.4 Los médicos residentes que incumplan estas disposiciones serán sancionados de acuerdo al orden administrativo del hospital.

3.- Alimentación

El Hospital "San Bartolo" proporcionará la alimentación exclusivamente al personal de guardia. Dicha alimentación consistirá en cuatro comidas principales almuerzo, merienda, cena y desayuno al día siguiente del turno.

4.- Áreas de Trabajo y Descanso

4.1 El hospital proporcionará habitaciones exclusivas, cómodas, limpias y útiles de aseo al personal de guardia.

4.2 Las habitaciones designadas al Médico residente le servirán para descansar en sus horas de reposo. Queda prohibido realizar reuniones sociales o de otra índole.

4.3 Los médicos residentes son responsables de supervisar el aseo y conservación de los sitios de descanso y oficinas de residentes.

4.4 Está prohibido cambiar de habitación sin autorización del jefe de residentes y de la administración del hospital.

5.- Horario de trabajo

5.1 La hora de entrada a los servicios es a las 8:00. Guardias de 24 horas

5.2 Las guardias las realizarán con la frecuencia determinada por las jefaturas de docencia y residentes. Solo por causa extraordinaria, estas guardias tendrán una frecuencia menor a cuatro días pero retornará a la frecuencia normal, cada cuatro días, luego de superar la emergencia.

5.3.-Los servicios que por su naturaleza necesiten de otros horarios de trabajo los harán en forma justificada con visto bueno de la subdirección médica. Los jefes de servicio no podrán cambiar injustificadamente el horario normal de trabajo de los médicos residentes.

5.4.-En la guardia el médico residente pasará visita nocturna a los servicios de su responsabilidad con los internos y enfermeras de turno. Las indicaciones serán escritas en el expediente clínico de cada caso

5.5.-El horario de guardia se publicará diariamente el mismo que deberá ser cumplido estrictamente.

5.6 No están permitidos los cambios de guardia con solo acuerdo entre residentes; se llevará a cabo con el consentimiento del jefe del servicio, docencia y jefatura de residentes con fines de registro y verificación. Y el jefe de servicio se encargará de cubrir su ausencia.

5.7 El abandono de la guardia injustificada constituye una falta de disciplina grave. En caso de fuerza mayor justificada, el médico notificará al jefe de servicio para cubrir su ausencia.

5.8 Los médicos residentes antes de entregar la guardia deberán pasar visita a los pacientes de su servicio para efecto de entrega y recepción de guardia.

ANEXO 3

CODIGO DE ÈTICA EN EL ECUADOR

Acuerdo Ministerial 14660-A. Registro Oficial 5 de 17 de Agosto de 1992

Nota General:

Está planteada en la Asamblea la Reforma a este Código de Ética Médica

CONSIDERANDO.

Que los médicos en su noble y sacrificada profesión asumen la gran responsabilidad de hacer efectiva la garantía Constitucional del Derecho a la Salud de los ecuatorianos;

Que el código de la Salud en el Título XI del Libro II regula el ejercicio de las profesiones médicas afines y conexas;

Que es conveniente que los profesionales médicos cuenten con un instrumento ético-jurídico (sic) o que regule las obligaciones morales a que se deban sujetarse en el desarrollo diario de sus actividades relativas a la protección, fomento, reparación y rehabilitación de la salud individual y colectiva;

Que la X Asamblea Médica Nacional celebrada en la ciudad de Cuenca el 18 de diciembre del año 1985, aprobó el Código de Ética Médica. En uso de las atribuciones que le otorga el Art.63 del Código de la Salud (De acuerdo a la anterior Constitución. La actual está definiendo una nueva propuesta)

Acuerda:

CAPÍTULO I DE LOS DEBERES CON LOS ORGANISMOS DE LA FEDERACIÓN

Art. 1.- Es deber del médico cumplir las disposiciones emanadas por la Ley de Federación, sus Reglamentos y el presente Código, al margen de su nacionalidad.

Art. 2.- El médico tiene la obligación de acatar y cumplir las resoluciones de los órganos de la Federación Médica, al margen de su nacionalidad.

CAPITULO II DEBERES PARA CON LA SOCIEDAD

Art.3.- El médico está obligado a dar su más amplia y decidida colaboración voluntariamente y/o solicitud de la autoridad competente en casos de epidemias, desastres, emergencias o conflagración.

Art.4.- Cuando sea requerido a cumplir una obligación extraordinaria de beneficio social, tendrá libertad para realizar su cometido en condiciones que no atenten contra su integridad personal.

Art.5.- Se procurará de los riesgos que representan para la salud la contaminación ambiental, colaborando con las instituciones, personas y comunidades en la promoción y realización de actividades destinadas a eliminar tales riesgos. La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y rehabilitación médica y social son imperativos éticos de la profesión médica.

CAPITULO III DEBERES Y DERECHOS DEL MÉDICO PARA LOS ENFERMOS

Art. 6.- El Médico desde que es llamado para atender a un enfermo, se hace responsable de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida.

Art.7.- El Médico está obligado a llevar una ficha clínica escrita de cada uno de sus pacientes y registrar la evolución que constate en los mismos.

Art.8.- Está obligado a acudir a un llamado sin motivo de excusa, en los siguientes casos:

- a) Cuando no haya otro facultativo en la localidad en que ejerce su profesión;
- b) Cuando habitualmente es el medico quien lo solicita; y,
- c) En los casos de suma urgencia o peligro inmediato para la vida del enfermo.

Art.9.- Se exceptúa de esta obligatoriedad cuando el médico está incapacitado física y mental debidamente comprobado.

Art.10.- Cuando se trate de un caso grave o se teme un desenlace fatal está en la obligación de dar aviso oportuno, para que puedan ser atendidos los intereses espirituales y morales del paciente y los materiales de los familiares. La advertencia del peligro lo hará a los consanguíneos, amigos o allegados, eligiendo como confidente a la persona más ponderada o a una autoridad competente cuando el caso lo requiere.

Art.11.- En casos de incurabilidad lo dará a conocer a los familiares y en casos especiales al propio enfermo cuando el médico lo crea indispensable usando la mayor prudencia y manteniendo en primer lugar, los mejores intereses del enfermo.

Art.12.- La cronicidad o incurabilidad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia al enfermo, pues en estos casos se hará más necesario el auxilio y el consuelo que el médico pueda brindar.

Art.13.- El médico debe respetar las creencias religiosas o ideológicas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos, siempre que sean perjudiciales para su salud.

Art.14.- El número de visitas, la realización de exámenes complementarios, la aplicación de los tratamientos médicos quirúrgicos, así como la oportunidad de los mismos deberán ser los estrictamente necesarios para seguir el curso de la enfermedad.

Art.15.- El médico no hará ninguna intervención sin previa autorización del enfermo, y si éste no pudiera darla recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo

que éste de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos de autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones.

Art.16.- Igualmente los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.

Art.17.- Los procedimientos de anestesia general o regional no se realizarán sino en centros hospitalarios o clínicas con personal calificado y medios suficientes para dicho procedimiento.

Art.18.- Todo procedimiento clínico o quirúrgico complejo o que entrañe (sic) algún peligro para el paciente podrá efectuarse solamente en centros que posean los elementos técnicos que garanticen la seguridad de dichos procedimientos. No se administrarán drogas, ni usarán métodos clínicos o quirúrgicos que no se consideren idóneos.

Art.19.- El médico tiene la obligación de advertir el diagnóstico a sus pacientes o los familiares, en estricto apego al estudio de la patología encontrada y en concordancia con su real capacidad; prohibiéndose por tanto las explicaciones folclóricas o de otra índole que no sea la científica.

Art.20.- La atención domiciliaria brindada por el médico es de su absoluta responsabilidad, por tanto está en la obligación de alertar a sus pacientes o familiares, sobre los limitantes de la misma.

Art.21.- El médico está en la obligación de explicar a sus pacientes, los beneficios de la prestación médica institucional, social o pública; antes de hacerse cargo de su caso.

Art.22.- No podrá por tanto, utilizar los recursos o servicios médicos institucionales sociales o públicos, para llenar sus vacíos.

Art.23.- Prohíbese la prestación de servicios por parte de médico, en instituciones de salud privadas que no cuenten con los recursos físicos y tecnológicos adecuados o no cumplan con los requisitos que garanticen una correcta atención a los pacientes.

Art.24.- La asociación entre médicos para la prestación de servicios profesionales, debe tener como finalidad la complementación y el mejoramiento del recurso ofrecido, prohíbese por tanto la asociación con fines de lucro o engaño.

CAPITULO IV DE LOS DERECHOS HUMANOS

Art.25.- El médico tiene la obligación incólumne de respetar los principios consagrados en la declaración de los derechos humanos. Su ejercicio profesional se regirá a estos principios los cuales no podrían ser violados en ningún caso sea este civil, penal, político o de emergencia nacional.

Art.26.- La relación profesional de médico con las personas privadas de su libertad, deberá tener como única finalidad **evaluar, proteger su salud física o mental** y tratar sus alteraciones con la misma prestancia y calidad que brinda a todas las personas que lo requieran.

Art.27.- El médico no podrá participar directa o indirectamente en la prescripción, complicidad o realización de torturas a las personas privadas de su libertad.

Art.28.- El médico no podrá contribuir con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas privadas de su libertad; ni certificar que éstas se encuentran en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento, experimentación o castigo, que pueda influir desfavorablemente en su salud física o mental.

CAPITULO V DEBERES DE CONFRATERNIDAD

Art.29.- El honor del cuerpo médico exige del facultativo se abstenga de dañar la reputación, manifestar sus defectos y errores que tiendan a rebajar sus méritos.

Art.30.- Se puede denunciar al colegio médico o al tribunal de honor los actos ilícitos o el falso testimonio que afecten la reputación personal o del gremio.

Art.31.- Por deber la confraternidad se atiende gratuitamente a los colegas y a su familia próxima, es decir a sus padres, cónyuge e hijos si dependen económicamente de él. Las atenciones otorgadas deberán constar en una certificación firmada por el beneficiario para que afecten los intereses económicos del facultativo.

Art. 32.- Cuando un médico es llamado por el paciente para reemplazar a otro, debe insinuar a la familia del paciente que se notifique primero de este particular al médico anterior, como prueba del respeto al colega.

Art.33.- El médico que por motivos justificados se encargue provisionalmente de los enfermos de otro colega, debe desempeñar su misión sujetándose a las normas que garanticen los intereses y el buen nombre del reemplazado.

Art.34.- En caso de no asistencia del médico tratante, el que hubiera sido llamado deberá retirarse de aquel, salvo que mediante una disposición expresa del paciente, sus familiares o del mismo.

Art.35.- En el consultorio privado del médico pueden ser recibidos y tratados todos los pacientes cualesquiera que haya sido sus médicos anteriores siempre que su especialidad le acredite mejor atención y de mutuo acuerdo con el paciente.

Art.36.- Si varios facultativos son solicitados simultáneamente para un caso de urgencia, el enfermo quedará al cuidado del o los especialistas afines con la patología que presenta. En igualdad de condiciones quedará a criterio del paciente o de sus familiares la selección del médico tratante.

Art.37.- El médico no podrá usar medios de expresión pública ajenos a los propios y específicos de su clase, para solventar diferencias de criterio profesional.

Art.38.- El médico y sus organismos gremiales deberán defender a los colegas perjudicados injustamente en el ejercicio de su profesión.

Art.39.- Un médico no podrá reemplazar a otro colega que haya sido separado de un cargo por causas que no estén justificadas en la Ley y los Reglamentos respectivos.

Art.40.- El facultativo que quiera asistencia médica deberá facilitar las decisiones de sus colegas adoptando exclusivamente la condición de paciente

CAPITULO VI DE LAS JUNTAS MÈDICAS

Art.41.- Se llama junta médica a la reunión de dos o más colegas para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del enfermo.

Art.42.- Las juntas médicas deberán conformarse de preferencia con los especialistas afines a la patología del enfermo.

Art.43.- La rivalidad, resentimientos o intolerancia en materia de opiniones no deben tener cabida en la junta médica; al contrario, la buena fe, la probidad el respeto y la cortesía se imponen como un deber en el trato profesional de sus integrantes.

Art.44.- Las juntas médicas se harán por indicación del médico tratante o a petición del paciente o sus familiares. El médico deberá convocarla en los siguientes casos:

- a) Cuando no se logre un diagnóstico
- b) Cuando no se obtiene un resultado satisfactorio con el tratamiento empleado; y,
- c) Cuando la gravedad del pronóstico sea necesaria.

Art.45.- En caso de que el médico consultor propuesto por el paciente o sus familiares no convenga al médico tratante por causas justas, queda a su conciencia profesional solicitar cortésmente sea llamado otro médico consultor y si los familiares insistieren, el médico tratante está en libertad de continuar o no la atención del paciente.

Art.46.- Los médicos están en la obligación de concurrir a las juntas con puntualidad. Si después de una espera prudencial no concurre el médico tratante, los médicos consultores están autorizados para proceder a examinar al enfermo.

Art.47.- Reunida la junta el médico tratante hará la relación del caso sin omitir ningún detalle de interés y hará conocer los resultados de los análisis y demás elementos de diagnóstico empleados. Luego deliberarán para ponerse de acuerdo con el diagnóstico y tratamiento.

Art.48.- Si los consultantes no están de acuerdo con el médico tratante, los familiares podrán elegir el o los especialistas que deberán continuar con la asistencia.

Art.49.- Las decisiones de las juntas pueden ser modificadas por el médico tratante si así lo exige la evolución de la enfermedad, pero todas las modificaciones, como las causas que le motivaron, serán expuestas en las juntas siguientes que pudieren efectuarse.

Art.50.- Las discusiones que pueden tener las juntas deben ser de carácter confidencial la responsabilidad es colectiva y no le será permitido a ninguno eximirse de ella, por medio de juicios o censuras emitidas en otro ambiente que no sea de la junta misma. Esta deberá sentar por escrito el criterio sobre el diagnóstico del enfermo, debiendo quedar incorporada a la historia clínica.

Art.51.-. A los médicos consultores les está prohibido volver al centro hospitalario después de terminada la consulta, salvo caso de urgencia o por indicación del médico tratante y con anuencia del enfermo o sus familiares, así como hacer comentarios particulares sobre el caso.

Art.52.- Cuando la familia no puede pagar una junta médica, el médico tratante podrá conformarla y los designados están obligados a integrarla en forma gratuita, al igual que el médico tratante.

CAPÍTULO VII DEBERES DEL MÉDICO PARA CON EL ESTADO

Art.53.- Siendo el Estado el que regula y protege la actividad profesional del médico éste está obligado a cumplir ciertos deberes retributivos que garanticen los mejores y más amplios programas de bienestar humano; por tanto el médico debe dar

ejemplo en el cumplimiento de las Leyes del Estado, particularmente el Código Sanitario y la Ley y Reglamentos de la Federación Nacional de Médicos.

Art.54.- Siendo la salud del pueblo uno de los principales objetivos del Estado, el médico debe contribuir a que se cumplan los planes y programas de salud.

Art.55.- Todo médico becario deberá sujetarse a las leyes y reglamentos que regulan las becas y tiene por obligación retribuir con su trabajo el beneficio recibido.

CAPÍTULO VIII DE LOS HONORARIOS MÈDICOS

Art.56.- La equidad es la primera y más universal moral en el cobro de los honorarios profesionales; en ellos debe atenderse de modo singular a las justas costumbres locales, a la magnitud de servicio, al prestigio y necesidad de la intervención personal, a las condiciones económicas del enfermo y el honesto pacto pre-establecido si lo hubiere.

Art.57.- El médico acatará las resoluciones sobre honorarios si estuvieren determinados por los respectivos colegios médicos, en lo posible deberán ser pre-establecidos antes de la intervención.

Art.58.- Prohíbese al médico el cobro de honorarios a los pacientes que sean atendidos en la instituciones sociales o públicas del sector salud.

Art.59.- Las atenciones gratuitas perjudicarán a los colegas y deben limitarse a casos de parentesco cercano, asistencia a colegas y pobreza manifiesta.

Art.60.- La asistencia del médico tratante, cuando sea solicitada por el enfermo o sus familiares, en una intervención quirúrgica, le da derecho a intervenir.

Art.61.- En los casos en que un paciente, sin razón justificada, se niegue a cumplir los compromisos pecuniarios con el médico, éste, una vez agotados todos los medios privados, puede demandar el pago de honorarios sin que ello afecte, en forma alguna, el buen nombre o crédito del demandante.

Art. 62.- Las interconsultas, debidamente justificadas, serán abonadas por el paciente. El médico tratante deberá advertir esta circunstancia oportunamente al enfermo.

Art.63.- Todo médico que sea llamado a realizar un peritaje médico-legal tiene derecho a percibir honorarios por su labor excepto los médicos legistas rentados por el Estado.

Art.64.- Queda formal y categóricamente prescrita la prescripción de honorarios entre médico y cualquier otro profesional y pacientes.

Art.65.- Constituye una violación a la ética profesional la percepción de un porcentaje derivado de la prescripción de medicamentos, aparatos para uso médico, lentes, etc. Así como la retribución pecuniaria a intermediarios de cualquier clase entre profesionales y pacientes.

CAPÍTULO IX DEL SECRETO PROFESIONAL

Art.66.- El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la responsabilidad del profesional y la dignidad de la ciencia médica, exigen el secreto. Los médicos tienen el deber de conservar en secreto todo cuanto observen, escuchen o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art.67.- El médico no incurre en responsabilidad cuando revela el secreto profesional en los siguientes casos:

- a) Cuando en su calidad de perito actúa como médico de una compañía de seguros rindiendo informe sobre la salud de los candidatos que ha examinado, el que enviará en sobre cerrado al médico jefe de la compañía, quien tendrá la misma obligación del secreto;
- b) Cuando es comisionado por la autoridad competente para practicar necropsias o peritajes médicos legales de cualquier género, así en lo civil como en lo penal;

- c) Cuando ha sido designado por la autoridad competente para practicar como en lo penal;
- d) Cuando actúa con carácter de médico funcionario de los servicios sanitarios del país;
- e) Cuando en su calidad de médico tratante hace declaración de enfermedades infecto-contagiosa ante la autoridad sanitaria y cuando expida certificado de defunción.
- f) Cuando tratándose de menores de edad o mayores incapacitados mentales, lo exijan sus padres o representantes;
- g) Cuando el médico es acusado o demandado bajo imputación de un daño culposo en el ejercicio de su profesión;
- h) Cuando revela o denuncia los delitos que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión para que no cometa un error judicial;
- i) Cuando a pedido expreso del paciente extienda una certificación sobre su afección o enfermedad.

Art.68.- Los casos de embarazo parto le incluyen en el secreto profesional, el médico debe guardar reserva salvo ante los padres o representantes en el caso de menores de edad.

Art.69.- No se viola el secreto profesional cuando el médico es citado al Tribunal para declarar como testigo de los hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión.

Art.70.- Cuando el médico se vea obligado a reclamar judicialmente sus horarios se limitarán a indicar en forma general el trabajo realizado sin exponer el diagnóstico.

Art.71.- El profesional solo debe suministrar informe respecto al diagnóstico o tratamiento del enfermo, a los familiares más inmediatos, sus representante o al paciente.

Art.72.- El médico puede compartir su secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso, el que a su vez está obligado a mantenerlo.

Art.73.- Si por motivos científicos deben exhibirse o publicarse fotografías que permitan la identificación del paciente, se necesita autorización.

Art.74.- Las visitas médicas hospitalarias a cargo del médico tratante deberán realizarse con toda prudencia, de tal manera que no se afecte la integridad del paciente.

Art.75.- Los documentos médicos relacionados con los pacientes, así como el registro de la información por otros medios, tanto en los consultorios privados como en los servicios de salud, deben ser manejados con carácter reservado. Al personal paramédico encargado de los mismos deberá instruirle que está obligada a guardar el secreto médico involucrado en dichos documentos.

CAPÍTULO X DE LOS ESPECIALISTAS

Art.76.- El especialista orientará de preferencia su actividad a la especialidad elegida.

Art.77.- Comprobada por un médico tratante la oportunidad de la intervención de un especialista, deberá hacerlo presente al enfermo o sus familiares. Aceptada la consulta, esta se concertará y realizará de acuerdo con los artículos pertinentes de este Código.

Art.78.- Si de la consulta realizada se desprende que la enfermedad está cuadrada dentro de la especialidad del consultante, el médico tratante debe cederle la conducción del tratamiento. Si en cambio, no constituye más que una complicación y ocupa un lugar secundario en el cuadro general de la enfermedad, la conducción del tratamiento corresponde al médico tratante y el especialista debe concretarse a tratar la condición patológica que le corresponde y de acuerdo con aquel, suspender su intervención tan pronto como cese la necesidad de sus servicios.

Art.79.- En caso de cualquier intervención en la que se necesitare la presencia de un especialista, o éste a quien corresponde indicar la oportunidad de su intervención. Si hubiere discrepancia de criterio se convocará a junta médica.

Art.80.- El médico tratante que envíe a su paciente al consultorio de un especialista le corresponde comunicarse previamente con él por cualquier medio ya éste, una vez realizado el examen comunicará el resultado. La conducta que se seguirá desde ese momento por ambos colegas es la indicada en los artículos precedentes.

CAPÍTULO XI DE LOS ANUNCIOS PROFESIONALES Y DE LA PROPAGANDA

Art.81.- En el aviso por los medios de comunicación ofreciendo sus servicios profesionales deben constar solamente nombres, apellidos, especialidad, títulos académicos debidamente reconocidos en el país, dirección, teléfono y horas de consulta.

Art.82.- Las placas del consultorio consignarán los datos arriba señalados y tendrá dimensiones razonables.

Art.83.- En los recetarios y otros documentos similares podrán enunciarse los títulos reconocidos por las Facultades de Medicina del Ecuador y por las Sociedades Científicas nacionales y extranjeras autorizadas legalmente.

Art.84.- Está absolutamente prohibido anunciar curaciones a plazo fijo o infalibles.

Art.85.- Está prohibido anunciar la prestación de servicios gratuitos y ofrecer procedimientos exclusivos.

Art.86.- Está prohibido anunciar mediante hojas sueltas toda propaganda que se refiera a su ejercicio profesional.

Art.87.- No está permitido exhibir anuncios en lugares inadecuados que comprometan la seriedad de la profesión.

Art.88.- Toda propaganda por radio o televisión de carácter individual sobre la profesión deberá acogerse obligatoriamente a las normas del Art. 81.

Art.89.- Toda propaganda de prestación de servicios médicos personales o institucionales, deberá ser autorizada previamente, por el respectivo Colegio Provincial o la Comisión Ejecutiva cuando el alcance de dicha propaganda sea nacional.

CAPÍTULO XII DE LA EUTANASIA

Art.90.- El médico no está autorizado para abreviar la vida del enfermo. Su misión fundamental frente a una enfermedad incurable será aliviada mediante los recursos terapéuticos del caso.

Art.91.- Establecida la muerte cerebral de acuerdo con las normas internacionales vigentes, no se justifican las acciones excepcionales para prolongar las manifestaciones vitales de las estructuras biológicas residuales.

Art.92.- En aquellos casos en que los indicadores clínicos e instrumentales revelen situaciones insalvables o incompatibles con la dignidad de la persona humana, queda al criterio del médico y de los familiares suspender los procedimientos extraordinarios. En caso de controversia se recurrirá al criterio de una junta médica constituida por tres especialistas afines al caso.

CAPÍTULO XIII DE LAS INCOMPATIBLES Y OTRAS FALTAS A LA ÉTICA

Art.93.- No utilizará su condición de médico y/o especialista para el comercio de drogas, especialmente tóxicas y estupefacientes; pudiendo recetarlos solo con fines terapéuticos.

Art.94.- Es falta grave al asociarse, amparar, colaborar y encubrir el empirismo.

CAPÍTULO XIV DE LOS DEBERES DEL MÉDICO CON LAS PROFESIONES AFINES Y AUXILIARES DE LA MEDICINA

Art.95.- El médico cultivará cordiales relaciones con los profesionales de las ramas para-médicas colaborando en su perfeccionamiento y respetando estrictamente los límites de cada profesional, siempre que estas respeten el Código de la Salud.

Art.96.- Cuando se trata de estos profesionales afines a la medicina no hay obligación de prestar gratuitamente los servicios médicos.

Art.97.- El médico no debe delegar ni confiar a los auxiliares de la medicina lo que a él exclusivamente le corresponde en el ejercicio de su profesión.

CAPÍTULO XV DEL MÉDICO FUNCIONARIO

Art.98.- Sus obligaciones con el Estado no le eximen de sus deberes éticos con sus colegas y, en consecuencia, debe dentro de su esfera de acción y posibilidades propugnar porque se respete: a) El principio y régimen del concurso; b) La estabilidad y escalafón médico; c) El derecho de amplia defensa y sumario previo a todo despido; d) El derecho de profesar cualquier idea política y religiosa; y, e) Los demás derechos consagrados en este Código de ética.

Art. 99.- El médico que desempeña una función pública ésta, como el que más, obligado a respetar la ética profesional cumpliendo con lo establecido en este Código.

Art.100.- Es contraria a la ética la participación de los médicos en todos los sistemas compulsivos que impliquen tortura física o mental de los seres humanos o su degradación.

CAPÍTULO XVI NORMAS ESENCIALES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA DIGNIDAD PROFESIONAL

Art.101.- Son contrarios a la ética profesional los siguientes procedimientos: a) Proyectar o televisar asuntos científicos ante personas ajenas a la medicina, con fines comerciales; b) Desviar enfermos de hospitales a consultorios particulares o clínicas; c) Obtener beneficios de la venta de muestras médicas; d) Establecer consultorios en farmacias, en locales comerciales o en locales comunicados con ellos; e) Prestar sus servicios profesionales no encontrándose en condiciones psicofísicas satisfactorias o bajo

la acción de bebidas alcohólicas; f) Dar consultas e indicar tratamientos por correspondencia o por cualquier otro medio de comunicación oral o escrita a quien no se hubiere examinado y cuya historia clínica no se conozca; y, g) Dar informes tendenciosos, otorgar certificados o fórmulas de complacencia y expedir certificados sin examen previo.

Art.102.- De una manera general el médico procurará evitar las exploraciones clínicas o los tratamientos de sus familiares íntimos.

CAPÍTULO XVII DEL ABORTO TERAPÉUTICO

Art.103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo, a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo será certificada por una junta médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación.

Art.104.- No debe practicarse el aborto terapéutico sino en un ambiente quirúrgico adecuado.

CAPÍTULO XVIII DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ESTERILIZACIÓN

Art. 105.- Es derecho privativo de las parejas el decidir sobre el número de hijos que deseen tener. Por tanto, el médico puede aconsejarles acerca de los métodos utilizables, de preferencia los reversibles.

Art. 106.- El médico está autorizado a realizar la esterilización definitiva masculina o femenina con la respectiva autorización escrita por parte del cónyuge o representante, en los siguientes casos: a) Presencia de alteración genética en uno de los miembros de la pareja que pueda producir enfermedades graves o irreversibles en la prole; b) Peligro de la vida o grave detrimento de la salud de la madre durante futuros embarazos o partos; y, c) Como método de planificación familiar en el hombre o en la mujer, éstos deberán tener por lo menos veinte y cinco años y tres hijos vivos.

Art.107.- La inseminación artificial, sólo la realizarán los médicos especialistas, previo consentimiento mutuo de los cónyuges, y en los casos de esterilidad o impotencia del varón comprobados científicamente.

Art.108.- La ingeniería (sic) y el consejo genético será de exclusiva competencia del médico especialista, luego de una exhaustiva investigación que lo justifique.

Art.109.- La fecundación in vitro será por médicos especialistas en institutos o centros de investigación autorizados, previo el consentimiento de los cónyuges y ante el fracaso comprobado y total de los procedimientos naturales.

CAPÍTULO XIX DE LA MUERTE, LOS INJERTOS Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS O PARTES DEL ORGANISMO HUMANO

Art.110.- El médico tiene la obligación de certificar la muerte exclusivamente de los pacientes a los cuales asistió en su deceso. Dicha certificación será de su absoluta responsabilidad, y de acuerdo al Código de Salud.

Art.111.- En los casos de muerte no asistida por un médico, así como en los casos de diagnóstico incierto; el médico deberá conseguir la realización de la necropsia.

Art.112.- La formolización de cadáveres debe ser realizada exclusivamente por médicos autorizados por la autoridad en salud.

Art.113.- El médico tiene la obligación de establecer la muerte por medios científicamente válidos, antes de permitir la utilización de segmentos, órganos o parte de ellos con fines de injerto o trasplante.

Art.114.- El médico vigilará que los segmentos, órganos a parte de ellos, pertenecientes a cadáveres humanos, sean utilizados para trasplantes, exclusivamente cuando consta la voluntad así expresada por el propio sujeto antes de morir o por sus familiares o representante luego de la muerte.

Art.115.- El médico tiene la obligación de velar por la integridad física de sus pacientes; por lo tanto, las desmembraciones de segmentos, órganos o parte de ellos solo las realizará en casos por demás justificados y velando siempre de preservar la función.

Art. 116.- El injerto o trasplante no podrá ser realizado por el médico que certifique la muerte del donante.

Art.117.- La donación de órganos, tejidos, sangre y sus derivados propiciado por el médico, siempre que no produzca daños significativos a la salud del donante.

Art.118.- El médico tiene la obligación de velar porque las partes, órganos, tejidos, sangre y sus derivados provenientes de donantes, se utilicen exclusivamente para el tratamiento de seres humanos e investigación; sin fines de lucro y al margen de la comercialización.

CAPÍTULO XX DE LA INVESTIGACIÓN Y ACTUALIZACIÓN MÉDICA

Art.119.- El médico tiene la obligación de colaborar en la investigación científica en la salud, así como el desarrollo de nuevas técnicas y métodos para la protección, recuperación y rehabilitación de los pacientes.

Art.120.- La investigación y experimentación en humanos, sólo será realizada por médicos capacitados, que observen los principios éticos y científicos establecidos, requiriendo obligatoriamente el consentimiento escrito de la persona sujeta a dicha investigación o experimentación.

Art.121.- La experimentación en humanos con nuevos medicamentos o tratamientos de cualquier tipo será realizada por médicos altamente calificados, y en instituciones legalmente autorizadas para ello, previo consentimiento escrito del sujeto.

Art.122.- El médico tiene la obligación permanente de actualizar sus conocimientos para la práctica de su profesión.

Art.123.- El médico debe uso exagerado de medicamentos, debiendo utilizar aquellos cuya validez sea plenamente comprobada.

Art.124.- El médico tiene la obligación de solicitar los exámenes auxiliares de diagnóstico y tratamiento, estrictamente necesarios para sus pacientes.

Art.125.- En casos en los cuales el médico ocasione involuntariamente yatrogenia comprobada tiene la obligación de comunicar lo sucedido al paciente y evitando cobrar

ANEXO 4

CONSTITUCIÓN 2008

SECCIÓN SÉPTIMA

Salud

ART 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

ANEXO 5.

DECLARACIÒN DE HELSINKI

DE LA ASOCIACIÒN MÈDICA MUNDIAL

PRINCIPIOS ÈTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÈDICAS EN SERES HUMANOS

Adoptada por la 18ava Asamblea mèdica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la:

- 29va Asamblea mèdica Mundial, Tokio, Japòn, Octubre 1975.
- 35ava Asamblea mèdica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
- 41va Asamblea mèdica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
- 48ava Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
- 52ava Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de clarificaciòn del Pàrrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de clarificaciòn del Pàrrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ava Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008

A.-INTRODUCCIÒN

1.-La Asociación Mèdica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaraciòn de Helsinki como una propuesta de principios èticos para investigaciòn mèdica en seres humanos, incluida la investigaciòn del material humano y de informaciòn identificables.

La declaraciòn debe ser considerada como un todo y un pàrrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros pàrrafos pertinentes.

2.-Aunque la Declaraciòn està destinada principalmente a los mèdicos, la AMM insta a otros participantes en la investigaciòn mèdica en seres humanos a adoptar estos principios.

3.-El deber del Médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4.-La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “Velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

5.-El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sub representadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6.-En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7.-El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos) incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8.-En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10.-Los médicos deben considerar normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético,

legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

B:_PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

11.- En la investigación médica, es deber médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12.-La investigación en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales utilizados en los experimentos.

13.- Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14.- El proyecto y el método de estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar como se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiadas.

15.- El protocolo de la investigación debe enviarse para consideración, comentario, consejo y aprobación a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia debida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que estas disminuyan o eliminen ninguna de las

protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin consideración y aprobación del comité.

16.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competentemente calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe siempre recaer en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17.- La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18.- Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19.- Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20.- Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21.- La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22.-La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23.-Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24.- En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento posibles, conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

25.-Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26.-Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27.- Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costos mínimos.

28.-Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentamiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además el consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29.-La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permita otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30.-Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e incluso los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses.

Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C.-PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SE COMBINA CON LA ATENCIÓN MÉDICA

31.- El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32.-Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en la siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33.- Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficios en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34.-El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35.-Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el

consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

ANEXO 6

DECLARACIÓN DE TOKIO

Normas Directivas para médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes, Impuestos sobre Personas Detenidas o Encarceladas.

Los médicos sirven a sus pacientes durante toda su vida para sanarlos, aliviar el sufrimiento o confortarlos. La Asociación Médica Mundial fundada en septiembre de 1947, días después de los juicios de Núremberg por los abusos de la medicina en los campos de concentración y actividades de eutanasia en la Alemania Nazi. La medicina ha sido traicionada muchas veces y todavía se abusa de ella en el mundo.

Aunque existe un límite claro entre la medicina para la persona y el abuso de la medicina, los problemas diarios de los médicos pueden hacer que sea muy difícil respetar este límite, en especial cuando el Estado utiliza o tolera la tortura o los tratos degradantes. La participación del médico a veces incluso puede ser bien intencionada, pero al final hace que el trato inhumano o degradante sea más aceptable o posible, lo que destruye completamente la confianza en la medicina cuando los médicos se convierten en cómplices de esos problemas.

Quedarse fuera puede que no sea suficiente. Los médicos en el mundo atienden, diagnostican y tratan a víctimas de torturas. **EL Protocolo de Estambul publicado por la ONU** es un manual para que médicos y otros profesionales de la salud identifiquen, diagnostiquen y traten o rehabiliten a las víctimas de torturas.

La Asociación Médica Mundial y varios de sus miembros han ratificado el Protocolo de Estambul y apoyan activamente su distribución y utilización

ANEXO 7

CÒDIGO DE NÙREMBERG

Tribunal Internacional de Nùremberg, 1947

Experimentos médicos permitidos

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen –generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1. El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

- 2.- El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
- 3.- El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.
- 4.- El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.
- 5.- No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón **a priori** para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.
- 6.- El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.
- 7.- Se debe tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones de lesión, incapacidad o muerte.
- 8.- El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo.
- 9.- Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.
- 10.- En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer – en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

La Asociación Médica Mundial fue creada en 1947, el mismo año en que se estableció el

Código de Núremberg conscientes de las violaciones de la ética médica durante la Segunda Guerra Mundial, los fundadores de la Asociación Médica Mundial tomaron medidas para asegurar que los médicos conocieran al menos sus obligaciones médicas conjunto de **Principios para los que realizan investigación y experimentación**.

Este documento fue revisado durante diez años y finalmente fue adoptado como la

Declaración de Helsinki (DdH) 1964. Fue revisada en 1975, 1983, 1989, 1996,

2000 y 2008. La Declaración de los derechos humanos es un breve resumen de la ética

de investigación. Se han publicado otros documentos más detallados en los últimos años

sobre la ética de investigación en general por ejemplo The Ethics of Research Related to

Healthcare in Developing Countries, 2002 del Consejo Nuffield de Bioética (Reino

Unido).

TABLA No 1 Formación de los encuestados

Capacitación	
Curricular	3 50%
Autoformación	3 50%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo

TABLA No 2 Conocimiento de los principios básicos de la Bioética

Principios básicos de la Bioética	
Si	4 66%
No	2 33%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo

TABLA No 3 Conocimiento de la declaración de Ginebra

Conocimiento de la Declaración de Ginebra	
Si	4 66%
No	2 33%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo

TABLA No 4 Conocimiento de los derechos de la ética en la práctica profesional

Conocimiento de los Derechos	
Si	5 83%
No	1 17%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo

TABLA No 5 Práctica del Consentimiento Informado

Práctica del consentimiento informado	
Por conocimiento y Decisión	4 66%
Como parte del proceso	2 17%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo

TABLA No 6 Consideración de las necesidades de la sociedad en el consentimiento informado

Causa para la consideración de las necesidades de la sociedad	
Desconocimiento del porqué	5 83%
Argumenta el porqué	1 17%
Total	6 100%

Elaborado por: Dra. Catalina Almeida Torres

Fuente: Investigación: Implementación de talleres en ética médica para la práctica de neonatología de médicos residentes del Hospital San Bartolo