Bioética
UVeracruzana
Boletín #04| abril 2023 | Evolución histórica de la bioética en la Facultad de Medicina, Región Veracruz

Comité Editorial

Vicerrectoría Veracruz

Dr. Rubén Edel Navarro
Vicerrector
Dra. Claudia B. Enríquez H
Sria. Académica

Facultad Medicina Veracruz
Dr. Julio César Viñas Dozal
Director
Dr. Francisco Ruiz García
Secretario
LAE Mayra Minerva Pérez Díaz
Administradora
Dr. Pedro Gutiérrez Aguilar
Consejero Maestro
C. Karla G. Calleja Rojas
Consejera Alumna

Cuerpo Academico UV 526
Dr. Manuel Saiz Calderón G
Dra. Cristina García Franco
Dr. Luis Salazar Martínez

Academia Socio Médicas
Dra. Hilda Gpe. Preciado

Coord. Sustentabilidad
Dra. Maricela Sánchez D.

Coord. Internado y SS
Dr. Rafael Ramos Castro

Coord. Especialidades Médicas
Dr. Rodolfo Ramón R.

OBEME
Dr. Fco. Domingo Vázquez M

Maestría Derechos Humanos
Dra. Rosa María Cuellar G.

Boletín Bioetica UVeracruzana es una publicación dedicada a difundir temas de Bioética, Ética en Investigación y Ética en el Espacio Docente Asistencial, con amplitud de perspectivas y enfoques multidisciplinarios, transdisciplinarios e interdisciplinarios.

El Boletín Bioetica UVeracruzana se publican tres números al año, en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons©

Dirección de correo electrónico:

msaizcalderon@uv.mx

Contenido	Autor	Página
Nuestra portada	Alumno Javier Eduardo Gómez Salas	4
Desarrollo histórico de la Bioética en la Facultad de Medicina región Veracruz de la Universidad Veracruzana.	Doctor Manuel Saiz Calderón Gómez	5
Código de Ética de la Universidad Veracruzana	Normativa Institucional	7
Lectura recomendada Ética de urgencia	Fernando Savater	8
Liga importante para consultar	http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es	9
Ética en el prematuro	Dra. María Cristina Ceballos Vela. Neonatóloga-Pediatra	10
Ética e Inteligencia Artificial	Dr. José Manuel Reyes Ruiz	17
Proceso enseñanza-aprendizaje en Ciencias de la Salud	Psicóloga Samantha Ortiz	21
Integridad científica: un pilar de la investigación	Dra. Elizabeth Hernández Portilla Especialista en Medicina Familiar	29
Legislación y marco jurídico médico	Alumnos de la experiencia educativa de Bioética FMVUV	33
Derechos y obligaciones de los niños	Alumnos de Pediatría FMVUV	37
Bioética y el estudiante de medicina: vista de afuera hacia adentro.	Alan Enrique Hernández Cervantes. Estudiante de 3er año FMVUV	38

NUESTRA PORTADA

En el presente ejemplar de nuestro Boletín Bioética UVeracruzana, se dedica la portada al desarrollo histórico de la Bioética en la Facultad de Medicina Región Veracruz de la Universidad Veracruzana, para lo cual el alumno del segundo periodo escolar en el presente semestre Javier Eduardo Gómez Salas, ha diseñado un collage fotográfico que reflejan eventos significativos relacionados con la Bioética que se han desarrollado en el transcurso del tiempo, se visualizan imágenes que recuerdan la vinculación del Comité de Bioética de nuestra Facultad con la Coordinación de Educación del HGZ del IMSS en Veracruz en que su titular el Dr. Roberto Pérez Díaz amablemente invitaba a nuestros alumnos de Bioética del primer periodo escolar para acudir a la institución de salud a compartir tópicos selectos de Bioética, recordamos con gusto la entusiasta participación de Daniel Hernández, así como a Jorge Duran que hizo la presentación del tema de Ética y Docencia en el V Encuentro Estudiantil de Bioética, siendo el primer evento organizado por un servidor después de recibir la estafeta del Comité de Bioética de manos del Dr. Joel Aguilar Moreno (Qepd), durante la gestión como Director del Dr. Alfonso Gerardo Pérez Morales, se observa la presencia del Dr. Jorge Gispert Cruells(autor del texto Ética y responsabilidad profesional) quien hizo favor de impartir interesante conferencia para la comunidad universitaria. Se distingue la presencia del Dr. Joel Aguilar Moreno, como invitado el Ing. Juan Manuel Fragoso Montalvo (Qepd)en su momento secretario regional de la FESAPAUV Veracruz, el Dr. José María Castro Espinoza catedrático de la Universidad Cristóbal Colon quien en ésa ocasión impartió la conferencia magistral,Dr. Miguel Sosa Ruiz en su momento Secretario Academico de la Vicerrectoría Región Veracruz-Boca del Rio de la Universidad Veracruzana, una alumna representando a la Facultad de Medicina de la Universidad Villa Rica de Veracruz. Se observa la evidencia de la certificación de nuestro Bioterio identificando al Dr. Pedro Gutierrez Aguilar y al representante del organismo certificador. Mención especial merece mencionar el decidido apoyo que hemos recibido del parte del Dr. Rubén Edel Navarro Vicerrector de la región Veracruz-Boca del Río de la Universidad Veracruzana, lo cual nos ha impulsado para la edición del primer ejemplar de nuestro Boletín Bioética UVeracruzana, destacando la gestión del Dr. Julio César Viñas Dozal y Dr. Francisco Ruiz García Director y Secretario de la Facultad de Medicina Veracruz de la Universidad Veracruzana para iniciar y avanzar por éste medio de información en la divulgación de la cultura de Bioética, por todo lo anterior comparto la siguiente frase la cual escuche en una conferencia de parte del Dr. Rubén Edel Navarro:

“a la excelencia hay que ir y golpearle la puerta, es un trabajo de todos los días” su autor Arnoldo Calveyra.”

DESARROLLO HISTORICO DE LA BIOETICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA REGIÓN VERACRUZ DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA.

En vista de que los comités de Bioética de acuerdo con la UNESCO fueron ideados para funcionar en los hospitales, por parte de nuestra Facultad hubo necesidad de hacer adaptaciones para ponerlo en funcionamiento.

El 8 de julio de 1998 el Dr. Joel Aguilar Moreno, recibe su nombramiento como Coordinador del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina Veracruz de la Universidad Veracruzana.

El Comité de Bioética gracias a la gestión del Dr. Joel Aguilar Moreno, inició en nuestra Facultad como único en su género, dado que se ha desarrollado como un Comité de Bioética que funciona en una Facultad de Medicina sin Hospital.

Nuestro modelo fue avalado y reconocido por la Comisión Nacional de Bioética y avalado por la Universidad Anáhuac, como el primero en su tipo en el país, estableciendo como sus funciones prioritarias: difundir y promover la bioética intramuros, entre profesores, alumnos y el resto de la plantilla laboral; y extramuros en instituciones de salud, culturales, de servicio y público en general, revisar protocolos de investigación, servir como órgano de consulta e implantar la Bioética como experiencia educativa independiente en el currículo educativo.

Nuestro Comité de Bioética fué tomado como modelo para otras Facultades de Medicina, con fecha 17 de mayo del 2001 se funda el grupo Potter Pro -bioética integrado por alumnos de diferentes semestre, inició con 27 alumnos, cuyo perfil requería de haber recibido preparación en Bioética, participación voluntaria, entusiasmo, disposición para el trabajo y respeto, para el cumplimiento de sus funciones consistentes en Investigación académica, participación en eventos de Bioética y promover la difusión de temas de Bioética.

El Comité de Bioética inicial fue nombrado por el Dr. Guillermo Broissin Ramos, director de la Facultad de Medicina Veracruz de la Universidad Veracruzana, estuvo integrado por:

Coordinador del Comité de Bioética: Dr. Joel Aguilar Moreno.

Secretario: Dr. Rafael Morales.

Vocal de enseñanza: Dr. Alfredo Ruíz Bandini.

Vocal de posgrado: Dr. Marcelino Espinoza Zavala.

Vocal de área de materias básicas morfológicas: Dra. Elvira García Betancourt.

Vocal de área de materias básicas fisiológicas: Dr. Jorge Pascual Esquinca.

Vocal de área de materias de medicina comunitaria: Dr. Enrique Villalobos V.

Vocal de área de materias socio medicas: Dr. Luis Aguilar Padilla.

Vocal de área de materias clínico médicas: Dr. José de Jesús Méndez.

Vocal de área de materias clínico-quirúrgicas: Dr. Francisco Calzada Zurita.

Vocal de Higiene y Seguridad: Dra. Beatriz González Jiménez.

Administrador: C:P: Francisco Berrones.

FESAPAUV: Dr. José Refugio Vázquez Betancourt.

SETSUV: Ing. Jerónima Hilda Luna Lara.

Bibliohemeroteca: Sra. Guadalupe Alvarado.

Sociedad de alumnos: David Otamendi Galán.

Fuente de información: archivos del Comité de Bioética.

En el próximo número de nuestro Boletín Bioética UVeracruzana, seguiremos compartiendo con gusto información acerca del desarrollo histórico de la Bioética en la Facultad Medicina Veracruz.

CODIGO DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

La Universidad Veracruzana se ha regulado por normas jurídicas, sin embargo, en la época actual y dado el compromiso institucional social como formadora de personas humanas quienes hacen conciencia de si mismas y de la comunidad, avalan que la vida universitaria requiere de un abordaje ético, lo que hace necesario el apego a un código de ética, vinculado con normas legales.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos enumera valores de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el ejercicio de la función pública, mismos que están insertos en la legislación universitaria mismos que se han acuñado en el Código de Ética de la Universidad Veracruzana, el cual ejemplifica los principios y valores a partir del cual se detallan las buenas prácticas que deben servir de guía en la convivencia y en el quehacer cotidiano dentro de nuestra institución educativa de nível superior, a fin de contar con un Código de Ética que responda a lo que la sociedad nos reclama en un contexto que exige relaciones claras y evidentes entre la norma legal y los preceptos éticos, a fin de abordar los dilemas éticos que se presentan con motivo de sus actividades.

En los próximos ejemplares de nuestro Boletín Bioética UVeracruzana, compartiremos el contenido del Código de Ética de la Universidad Veracruzana, el cual puede ser consultado ampliamente en la siguiente liga:

https://www.uv.mx/legislacion/files/2016/12/Codigo-de-Etica-UV.pdf

Lectura recomendada

Moral es el conjunto de comportamientos y normas que tú, yo y algunos de quienes nos rodean solemos aceptar como válidos; ética es la reflexión sobre por qué los consideramos válidos y la comparación con otras morales que tienen personas diferentes.

Ética de Urgencia

Ante la pregunta:¿Cómo saber los que piensan los jóvenes? ,la respuesta esperada sería preguntándoselo.la cual se aprecia sencilla,pero que profundiza y se dificulta, dado que hay que ponerse en los zapatos de los jovenes y caminar con ellos.

Fernando Savater se reunió con jovenes,los escuchó,dialogó y oriento ante un rumbo desafiante planteado,fue así que producto de dichos dialogos con los jovenes surge el libro recomendado.

Liga importante para consultar

Los avances tecnocientíficos tienen una proyección sobre la dignidad y los derechos que ha dado lugar a una problemática bioética de rango global; para su tratamiento, el Observatorio de Bioética y Derecho (OBD) ofrece un proyecto flexible y enmarcado en el respeto a los Derechos Humanos reconocidos. El (OBD) es un centro de investigación de la Universidad de Barcelona fundado en el año 1995 por la Dra. María Casado y que lleva a cabo su actividad de forma interdisciplinar y desde puntos de vista laicos, reconociendo que la bioética es un campo de conocimiento que requiere planteamientos plurales y sólidos soportes científicos para analizar las consecuencias éticas, legales y sociales de la biotecnología y la biomedicina.

http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es

ÉTICA EN EL PREMATURO

Dra. María Cristina Ceballos Vela. Neonatóloga-Pediatra

Se ha impulsado grandes cambios en la Neonatología. Los avances en el campo de la medicina y la tecnología permiten la supervivencia de neonatos que hace algunos años era imposible concebir[1],[4]. Estos avances, sin embargo, también han traído consigo discusiones en las áreas de la moral, la ética y las leyes[1,8]

Con la introducción de la ultrasonografía, amniocentesis y biopsia de vellosidades coriónicas, se puede tener diagnósticos antenatales con varios meses de anticipación[22], permitiendo reuniones con los médicos de planta para discutir el caso y tiempo para someterlo al Comité de Ética, lo que permite "individualizar al paciente"[23].

De no presentarse la situación previa, nos vemos en la dificultad de tomar decisiones en el momento del nacimiento. Esta situación es difícil, por la imposibilidad de hacer el diagnóstico a menos que el cuadro sea obvio y el desconocimiento del potencial de desarrollo futuro de un recién nacido, haciendo que uno desarrolle una filosofía, la que tiene que marchar de acuerdo con los lineamientos establecidos en cada Institución y con las Leyes Nacionales e Internacionales[24]. Esta decisión se basa en "enfoques estadísticos" o en la "espera para tener certidumbre de secuelas o muerte"[25.]

El manejo también depende de las normas de bioética que imperan en la UCIN, del comité hospitalario de ética, de leyes nacionales e internacionales y de la opinión de los padres.

Recién nacidos extremadamente prematuros

A menudo, el pediatra se enfrenta en la sala de partos a un paciente muy prematuro y surge en su mente la pregunta ¿reanimar o no reanimar?

La sala de partos es el lugar menos adecuado para adoptar una decisión objetiva. Y uno se basa mayormente en el peso, edad gestacional y la vitalidad que presenta el paciente. En ese momento se desconoce el potencial de desarrollo futuro y la evolución que tendrá en la UCIN [2,4, 27]. Antes de disponer del surfactante, la mortalidad era muy elevada.

En la actualidad, existe el consenso de que el límite de viabilidad es de 23 a 24 semanas de gestación[14]. El peso al nacimiento ha sido considerado como uno de los parámetros más confiables y se considera para viabilidad entre 400 a 500 gr, los que deben ser manejados con intubación y soporte ventilatorio. En la actualidad, se considera un mejor parámetro para la toma de decisiones la edad gestacional.

La información debe ser solicitada en forma oral y escrita, y el consentimiento informado obtenido usando un documento aprobado por el Comité Hospitalario de Ética. Ésta es la forma más segura y efectiva de obtener los mejores resultados disponibles[13].

Comités Hospitalarios de Ética

Los comités de bioética son esenciales para los pacientes y para los profesionales de la salud.

Ellos cumplen cuatro funciones importantes:

1. Favorecen la discusión y educan.

2. Facilitan la comunicación.

3. Diluyen las tensiones que rodean la interacción del cuidado de la salud a través de la consulta.

4. Cumplen algunas funciones administrativas específicas.

En cada hospital se esfuerzan por fomentar el respeto al paciente, desarrollando políticas que reconozcan los derechos y respeto por la dignidad personal, así como las responsabilidades que se tiene con ellos. Específicamente, la política hospitalaria necesita reflejar acceso al centro hospitalario, consideración por los valores y creencias personales, consentimiento informado, diseño de alternativas para pacientes incompetentes o menores, atención a las creencias culturales y religiosas y facilidad para resolver los conflictos de ética19. Es conveniente

• Normar quiénes participan en la discusión.

• Precisar las áreas de conflicto.

• Determinar la evidencia médica existente.

• Decidir opciones posibles.

Funciones inherentes al trabajo médico son:

• aliviar el sufrimiento,

• preservar o restaurar fisiología,

• extender la vida con calidad,

• respetar la dignidad y valor de los pacientes.

El deber médico de preservar la vida a toda costa puede entrar en conflicto con el deber de respetar otro valor no menos importante, la calidad de vida, y puede dar lugar a una utilización exagerada de medios que no beneficiarán en última instancia al paciente (obstinación terapéutica). En el otro extremo, establecer como único objetivo la calidad de vida podría ser visto como una forma de discriminación hacia los discapacitados y, en ocasiones, podría negar asistencia a pacientes que

finalmente no hubieran tenido un resultado tan malo como el pronosticado. La decisión de retirar o no iniciar medidas de soporte vital debería estar motivada por

el deseo de proteger al prematuro extremo frente a sufrimientos innecesarios y no solo por el deseo de prevenir la supervivencia con discapacidad. Dado que estos pacientes no tienen capacidad para tomar decisiones, estas idealmente han de compartirse entre profesionales, quienes disponen de los conocimientos técnicos y pueden hacer una estimación pronostica, y padres, a quienes corresponde determinar qué es lo mejor para sus hijos (beneficencia). En el otro extremo, su discreción en la toma de decisiones se vería limitada en aquellos casos en que rechazaran algo indicado o exigieran algo contraindicado. Aspectos personales y culturales pueden determinar de forma significativa el deseo y las habilidades de los padres para participar en la toma de decisiones. Dado que no es posible probar la corrección moral de las decisiones tomadas en el terreno de los conflictos éticos, la valoración del éxito del proceso vendrá determinada por la satisfacción de las partes implicadas en el mismo, así como por la aceptación de los resultados y sus consecuencias a largo plazo. La información abierta y cuidadosa, adaptada a las necesidades de los padres, la veracidad, la honestidad, la comunicación empática, la disponibilidad y el apoyo sincero y mantenido han mostrado una reducción en los sentimientos de culpabilidad8. Otra cuestión ética ampliamente debatida tiene que ver con la justicia distributiva y la gestión de recursos sanitarios, es decir, qué proporción de los recursos se debe dedicar al tratamiento y cuidados de niños al límite de viabilidad y con un pronóstico desfavorable, cuando dichos recursos son escasos y deficientes en muchas otras áreas. Si una priorización en la gestión de los recursos es considerada ineludible, esta ha de llevarse a cabo sobre la base de criterios de costo/eficiencia para todo tipo de pacientes, y no excluyendo de entrada una categoría de los mismos (p. ej., RNPT al límite de viabilidad). En cualquier caso, este tipo de decisiones corresponden al campo de la macro ética (nivel social) y no al de la micro ética (paciente individual). De forma ideal, obstetras y neonatólogos deberían informar de forma conjunta a los padres, acerca de la situación del feto próximo a nacer y de su probable pronóstico a corto y largo plazo. Esta información debe ser precisa, comprensible y sin sesgos. La forma en que es proporcionada la

información influye de manera significativa en la percepción de los padres acerca de la situación de su hijo y en las decisiones que toman[9]. Es fundamental tener en

cuenta los aspectos culturales de la familia y su capacidad de compresión de la información que se les proporciona. En caso necesario, no se debe dudar la utilización de traductores profesionales y mediadores culturales y/o religiosos. El objetivo es establecer una relación de confianza entre los padres y el equipo asistencial, que permita a aquellos participar activamente en la toma de decisiones tanto pre como posnatalmente. Tras recibir información detallada, la mayoría de los padres agradecen la sugerencia de un plan terapéutico por parte de los médicos. Estos están obligados a apoyar a los padres en su papel de sustitutos de sus hijos en la toma de decisiones. Se les debe ofrecer suficiente tiempo para comprender y analizar la información, plantear todas las cuestiones que estimen oportunas para resolver sus dudas, y sopesar los riesgos y beneficios de las estrategias propuestas. A los padres también se les debe informar de que, debido a la imprecisión en la estimación prenatal de la EG y del PRN, en ocasiones puede ser necesario replantear tras el nacimiento la actitud a seguir acordada antes del mismo. Estos valoran de forma positiva el hecho de que sean los mismos profesionales los que les mantengan al día, ya que la continuidad les da más estabilidad emocional, confianza y seguridad. Los contenidos de las entrevistas y los acuerdos alcanzados deberían ser registrados en la historia clínica para información de todos los profesionales implicados en los cuidados de la madre y el niño. Los padres deben saber que, incluso si no se llevan a cabo medidas de reanimación, el niño puede nacer vivo y seguir viviendo durante algunas horas. En caso necesario, se deberá aliviar su sufrimiento y ofrecer medidas de confort, pudiendo permanecer con sus padres si lo desean. Los cuidados paliativos también se llevarán a cabo en aquellos casos en los que la reanimación no tenga éxito[29].

Fuentes de información

1. Committee on Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. Pediatrics 1996;98(1):149-52.

2. Meadow W, Reimshisel T, Lantos J. Birth weight-specific mortality for extremely low birth weight infants vanishes by four days of life: epidemiology and ethics in the neonatal intensive care. Pediatrics 1996; 97:636-43.

3. Goldsmith JP, Ginsberg HG, McGettigan MC. Ethical decisions in the delivery room. Clin Perinatology 1996;23(3):529-50.

4. Tyson J. Evidence-based ethics and the care of the premature infant. The Future of Children 1995;5(1):1-15.

5. Tomoeda K, Matsuda I. Biomedical ethics and mass screening of the newborn in Japan. Eubios J Asian International Bioethics 1998; 8:75-6.

6. Fletcher J. Abortion, euthanasia, and care of defective newborns. N Engl J Med 1975; 292:75.

7. Gustafson JM. Mongolism, parental desires, and the right of life. Perspect Biol Med 1973; 16:529-57.

8. McCormick RA. To save or let die. JAMA 1974; 229:172.

9. Clark FL. Intensive care treatment decisions. The roots of our confusion. Pediatrics 1994; 94:98.

10. Rachels J. Active and passive euthanasia. N Engl J Med 1975; 292:78

11. Silverman W. Human experimentation in perinatology. Clin Perinatology 1987; 14:403-16.

12. Mike V. Philosophers assess randomized clinical trials. The need for dialogue. Controlled Clin Trials 1989; 10:244-53.

13. Roy DJ. Controlled clinical trials: An ethical imperative. J Chron Dis 1986; 39:159-62.

14. Sanders MR, et al. Perceptions of the limit of viability: neonatologists attitudes toward extremely preterm infants. J Perinatology 1995; 15:494.

15. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn: Perinatal care at the threshold of viability. Pediatrics 1995; 96:974.

16. Low JA. The relationship of asphyxia in the mature fetus to long term neurologic function. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:82.

17. Nelson KB, Emery ES III. Birth asphyxia and the neonatal brain. What do we know and when do we know it? Clin Perinatol 1993; 20:327.

18. Jain L, Vidayasagar D. Controversies in neonatal resuscitation. Pediatr Ann 1995; 25:540.

19. Sexson WR, Thigpen J. Organization and function of a hospital ethics committee. Clin Perinatology 1996;23(3):429.

20. Boyle RJ, Kattwinkel J. Ethical issues surrounding resuscitation. Clin Perinatology 1999;26(3):779.

21. Sexson WR, Overall SW. Ethical decision making in perinatal asphyxia. Clin Perinatology 1996;23(3):509-18.

22. Laing IA. En: Reed GB, Editor. Disease of the Fetus and Newborn, 2nd Ed. Chapter 93, pp 1373-9.

23. Ryan A. Ethics and the newborn. J Ped 1993;123(4):534-8.

24. Bioética. Temas y Perspectivas. OPS 1990.

25. Rostain AL, Bhutani V. Ethical dilemmas of neonatal-perinatal surgery. Clin Perinatol 1989; 16:275-302.

26. Walterspiel JN, Informed consent: influence in patient selection among critically Ill premature infants. Pediatrics 1990;85(1):119-21.

27. Lantos JD, et al. Survival after cardiopulmonary resuscitation in babies of very low birth weight. Is CPR futile therapy? N Engl J Med 1989; 318:91-5.

28. Textbook of Neonatal Resuscitation. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. 2020.

29. Fermín García-Muñoz Rodrigo. Aspectos éticos en la asistencia al recién nacido extremadamente prematuro: límites de viabilidad. An Pediatr Contin. 2013;11(4):232-6

Ética e Inteligencia Artificial

Autor: Dr. José Manuel Reyes Ruiz

Coordinador del Comité de Ética en Investigación Facultad Medicina Veracruz Universidad Veracruzana

“Crear un ser artificial ha sido el sueño del hombre desde que nació la Ciencia”

-Steven Spielberg, 2001

Es asombroso vivir en un tiempo dónde la inteligencia artificial (IA) ha avanzado a pasos agigantados y algunos temas de las películas de ciencia ficción han dejado de ser una ilusión para volverse una realidad. En las primeras líneas de este artículo se cita a Steven Spielberg director de la película “Inteligencia Artificial” (A.I. Artificial Intelligence, 2001) que relata la historia de un mundo futurista en el cual los seres humanos conviven con sofisticados robots llamados “Mecas”, y los sentimientos son lo único que diferencia a los humanos de las máquinas. Actualmente, la IA tiene un gran impacto sobre la sociedad y lo podemos observar en los automóviles autónomos, los robots que asisten en algunas intervenciones quirúrgicas (Cirugía robótica, CISOBOT) y los modelos de lenguaje ajustados con técnicas de aprendizaje (ChatGPT, OpenAI). Hay dos clases de IA, la primera consiste en programas informáticos que razonan y toman decisiones cognitivas del mismo modo que las personas (o incluso mejor) y que aspiran a sustituirlas, ya que pretenden reproducir en el ámbito digital los procesos en los que intervienen los cerebros humanos cuando deliberan y toman decisiones (1). Un ejemplo podría ser la maquina ENIGMA del matemático inglés Alan Turing utilizada para descifrar el código secreto del ejército alemán en la Segunda Guerra Mundial. A este tipo de IA se le podría llamar “mente inteligente”. El otro tipo de IA se limita a proporcionar asistencia inteligente a los actores humanos, dónde se requiere que las máquinas sean mejores que los humanos a la hora de tomar decisiones en algunos asuntos, y que lo hagan eficazmente dentro de los parámetros establecidos por los humanos o bajo su supervisión (1). En el año 2006, Anderson y Anderson introdujeron el

concepto de Ética de las maquinas, lo cual inició un debate sobre cuestiones Éticas (2,3). La Ética se basa en marcos de actitud y responsabilidad, como la Teleología (por ejemplo, la antigüedad, el hedonismo y el utilitarismo) y la Deontología (por ejemplo, la Ética de la virtud) (4). La tecnología de la IA y las cuestiones Éticas implican la interacción humana que incluso se ampliará cuando los futuros sistemas de la IA tengan la capacidad de delimitar su propio estatus moral y hasta podrían ser su propia entidad moral o realizar tareas por voluntad propia. Por lo tanto, un sistema de IA no debería ser tratado como una máquina, sino como un objeto que tiene derechos similares o iguales a los humanos (2,5). Además, para evitar el uso inapropiado de la IA, el valor de un enfoque Ético de las tecnologías de IA necesita del cumplimiento de una ley adoptada. En el 2018, Floridi y colaboradores definieron la transformación de un enfoque Ético de la IA como “doble ventaja” (6). Este concepto engloba dos puntos, el primero es: la Ética ayuda a las organizaciones a aprovechar los valores sociales de la IA como nuevas oportunidades socialmente aceptables. El otro punto es que la Ética permite a las organizaciones prevenir errores costosos, dónde el beneficio de esta prevención es la posibilidad de eliminar acciones que son socialmente inaceptables pero legalmente aprobadas (6). Sin embargo, la doble ventaja de la Ética de la IA sólo funciona en un ambiente de responsabilidad y confianza pública.

Por otra parte, un tema de discusión actual es, si la conciencia es una parte importante de la cognición humana y si también lo es para cualquier inteligencia concebible, como la programada en un ordenador (4,7). Es así, como se desconoce lo suficiente sobre el papel de la conciencia en humanos o software para saber si es necesaria en el pensamiento complejo. Una posibilidad es que la conciencia o nuestra percepción de ella, estuviese ligada con la superinteligencia. En este sentido, una IA superinteligente sería capaz de hablar con nosotros, tener reacciones emocionales igual que alguien con quien hablas por una plataforma audio/visual como Zoom. En este sentido, una pregunta salta a la vista: ¿Una IA superinteligente consciente podría ser menos peligrosa que una no consciente?, porque, al menos en los humanos, la “empatía afectiva” frena un comportamiento inmoral, esto es, el contagio emocional que hace que una persona sienta lo que

percibe la otra persona (Figura 1). Por lo tanto, la IA consciente podría preocuparse más por el humano que la IA inconsciente. El mundo que habitamos ya cuenta con ejemplos de procesos peligrosos que son completamente inconscientes como los microorganismos y los virus que causan enfermedades de importancia en Salud Pública.

En conclusión, los puntos anteriores revelan la importancia de estándares Éticos que permitan la regulación de la IA y aseguren una convivencia Humano-Inteligencia Artificial fundamentadas en las leyes de la robótica sugeridas por Isaac Asimov:

1. Un robot no puede dañar a un ser humano o, por inacción, permitir que un ser humano sea dañado.

2. Un robot debe obedecer las órdenes dadas por un ser humano, excepto cuando tales órdenes entren en conflicto con la Primera Ley.

3. Un robot debe proteger su propia existencia hasta donde esta protección no entre en conflicto con la Primera o la Segunda Ley.

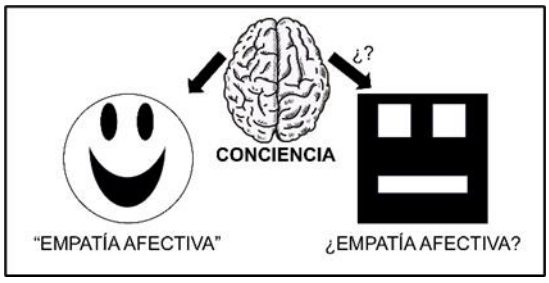

Figura 1. Diagrama que representa la relación entre la conciencia y la "empatía afectiva" del humano y muestra la interrogante sobre si la inteligencia artificial pudiera desarrollar conciencia y empatía efectiva.

Referencias

1. Sharkey A, Sharkey N. Granny and the robots: ethical issues in robot care for the elderly. Ethics Inf Technol. 1 de marzo de 2012;14(1):27-40.

2. Siau K, Wang W. Artificial Intelligence (AI) Ethics: Ethics of AI and Ethical AI. JDM. 1 de abril de 2020;31(2):74-87.

3. Frankish K, Ramsey WM, editores. The Cambridge Handbook of Artificial Intelligence [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2014 [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-artificial-intelligence/3DCB2E04739722A99EDE86B7A34A30E3

4. Bostrom N, Yudkowsky E. The Ethics of Artificial Intelligence. En: Artificial Intelligence Safety and Security. Chapman and Hall/CRC; 2018.

5. Ouchchy L, Coin A, Dubljević V. AI in the headlines: the portrayal of the ethical issues of artificial intelligence in the media. AI & Soc. 1 de diciembre de 2020;35(4):927-36.

6. Floridi L, Cowls J, Beltrametti M, Chatila R, Chazerand P, Dignum V, et al. AI4People—An Ethical Framework for a Good AI Society: Opportunities, Risks, Principles, and Recommendations. Minds & Machines. 1 de diciembre de 2018;28(4):689-707.

7. Nath R, Sahu V. The problem of machine ethics in artificial intelligence. AI & Soc. 1 de marzo de 2020;35(1):103-11.

Psicóloga Samantha Ortiz

Coordinación de Psicopedagogía

Facultad Medicina Veracruz

Universidad Veracruzana

https://mx.linkedin.com/in/samantha-ortiz-139515114

Agradezco la valiosa aportación de la Psicóloga Samantha Ortiz, quien gentilmente y de manera muy profesional accedió a responder las preguntas siguientes, las cuales son muy significativas en el proceso enseñanza-aprendizaje de los egresados del Área de Ciencias de la Salud.

1.-Que es lo que se enseña en la institución de salud?

Generalmente se encarga de brindar los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos en pro de la salud, así mismo promover las formas de vida saludables, prevención de enfermedades, por lo que se podía concretar con que se realiza una psicoeducación preventiva e informativa en salud tanto para pacientes como familiares y entorno clínico.

2.-Quien educa en la institución de salud?

La educación para la salud se define como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la educación para la salud se define como la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud. Es un área que ha tenido un crecimiento reciente en el medio, posicionándose como una de las principales estrategias de promoción. Así mismo se ha reportado de forma consistente en la literatura una fuerte asociación entre bajos niveles educativos y

peores desenlaces en salud. Un nivel bajo de educación en salud puede representar una serie de dificultades en el mantenimiento de la salud, entre las que se destacan:

- Barreras sociales para el acceso a servicios de salud.
- Problemas en el uso correcto de medicamentos.
- Acceso deficiente a información en salud
- Dificultades en el control de enfermedades crónicas.

Si se tiene en cuenta que la promoción en salud es un proceso mediante el cual la comunidad logra tomar el control de su situación en salud, a partir de las herramientas y conocimientos otorgados por personal entrenado, se logra evidenciar que la educación para la salud es una herramienta fundamental para lograr este objetivo.

Es por lo anterior que la educación en salud ha sido propuesta como una de las principales estrategias para lograr formar comunidades autónomas y con buena capacidad resolutiva en el manejo de su propia salud, sin embargo, la aplicación de esta percepción ha sido insuficiente, ya que el sector salud continua dando una orientación biomédica centrada en la enfermedad cuyo principal enfoque es el alivio de patologías específicas y no la mejoría de la salud global de la población; de igual forma se tiene una perspectiva paternalista en donde el responsable del mantenimiento de la salud es el personal de la salud y no el paciente o individuo en cuestión .

3.-Como se educa en la institución de salud?

Herramientas y métodos de educación para la salud

Cuando se comprende que la educación para la salud no es el fin, sino que es el medio por el cual las sociedades pueden acceder a mejores condiciones de vida, se comprende también que es una acción indispensable por realizar. Sin la existencia de ella, se niega a las comunidades el desarrollo pleno de sí mismas y, por ende, se niega el acceso a los derechos universales de los cuales deben ser

partícipes. Por lo anterior, es que el docente debe ser entendido como un facilitador de contextos adecuados, que motive el cambio. A continuación, se enuncian algunas herramientas y aspectos a tener en cuenta en la educación para la salud.

Creación de ambientes favorables

Esta estrategia plantea la necesidad inédita de crear ambientes que recojan las diferentes formas en como una persona pueda aprender, dado que, al contar con un grupo heterogéneo, no todos usarán los mismos métodos para el aprendizaje. Por lo anterior, se propone desarrollar espacios organizados que cuenten con ayudas audiovisuales y con una ambientación relacionada con el tema a tratar. Cuando una persona se ve envuelta en un ambiente que va acorde con lo que está aprendiendo, le es mucho más fácil interesarse por el tema y recordar lo aprendido.

Demostración y actividades grupales

Es una técnica que se basa en la articulación del hacer y del hablar, ya que a medida que el educador desarrolla el tema, debe ir realizando ejemplos que permitan aterrizar la información a situaciones prácticas. Esta técnica debe acompañarse de talleres o actividades grupales que haga a los estudiantes confrontarse con lo aprendido y así realizar un proceso de práctica que afiance los conocimientos. Igualmente, las actividades que se proponen a los estudiantes después de una explicación hacen que preguntas que no fueron identificadas durante la charla salgan a la luz, lo que permite que la duda pueda ser resuelta y que esta no se convierta en una barrera para lo aprendido.

Dramatizaciones

Como se comentó anteriormente, hay personas a las que se les facilita el aprendizaje cuando cuentan con ayudas visuales, por lo que esta estrategia busca, a través del arte, presentar espacios que permitan comprender mejor un problema y las posibles soluciones a este. Un ejemplo claro puede ser cuando se escenifica

un cuadro clínico de infección viral y una de las personas que hace las veces de médico explica los pasos a seguir para hacer frente a la misma.

Juegos o actividades recreativas

El aprendizaje kinestésico es quizás la forma de aprendizaje más compleja de abarcar cuando los temas vienen cargados de mucha teoría, dado que la falta de integración de los sentidos dificulta la comprensión por parte de las personas que comparten estas características. Por lo anterior es que se propone implementar dentro de las temáticas, actividades que favorezcan la retroalimentación, por insignificantes que puedan parecer. Un ejemplo práctico puede ser la enseñanza del adecuado lavado de las manos, que, aunque pueda parecer anticuado y para algunas personas aburrido, permite un afianzamiento al hacerlo de forma experimental y no sólo teórico. Así mismo, realizar actividades lúdicas de separación de residuos, selección de alimentos para una comida específica, prácticas de laboratorio, simulaciones, juegos populares que se puedan unir a la temática, entre otros permiten la adquisición favorable, ya que como se dice por ahí: “La práctica hace al maestro”

Ayudas didácticas y uso de las Tecnologías de Información y Comunicación

En los últimos años el proceso de globalización ha hecho que todos los conocimientos y descubrimientos que se van desarrollando puedan ser compartidos con otros. Dentro de esos descubrimientos ha aparecido la internet como una herramienta de especial importancia en la actualidad, dado que en el ámbito educativo ha permitido un mayor acceso de la información. Por consiguiente, se plantea la importancia de la implementación de esta herramienta en los procesos e imágenes, la visualización de videos prácticos acorde a lo enseñando, la creación de plataformas virtuales e interactivas que permitan a los estudiantes ampliar la información recibida, la creación de libros tanto físicos como virtuales que plasmen

los aspectos más importantes de las temáticas a tratar y la ejecución de foros en los cuales los estudiantes puedan intercambiar opiniones que propendan por el enriquecimiento personal.

Si bien es amplia la variedad de opciones que se presentan como alternativas para la educación en salud, es importante recordar que una sola no responde a las necesidades de todas las personas, debido a los cambios y preferencias que se presentan en cada uno de los grupos etarios. Es así como se recomienda una integración de esta diversidad de herramientas para lograr un verdadero impacto en la comunidad tratada y de esta manera se pueda originar un cambio positivo en las condiciones de vida de esta.

Promoción y prevención, desde sus orígenes hasta nuestros días

Como sucede con la evolución de otras ramas de la medicina, la promoción y prevención tuvo su origen en las creencias religiosas y las prácticas de guerra de los ejércitos antiguos. El uso de amuletos, talismanes o hechizos tenían como fin la protección de las enfermedades; aunque su efectividad pudiera estar en entredicho, tenían la intención de prevenir la aparición de ciertas afecciones. Una dieta saludable y abundante, junto con la actividad física también fue recomendada para mantener buena salud y mejorar el desempeño, por ejemplo, en las labores de la guerra.

El médico e historiador suizo Henry Sigerist (1891 – 1957), fue quien propuso inicialmente que la salud podría ser influenciada por el contexto social, político, económico y cultural y a su vez describió las cuatro grandes tareas que tendría la medicina y que hoy siguen vigentes: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención o tratamiento del daño y la rehabilitación.

A finales del siglo XX con el apoyo de las ciencias sociales modernas se postuló que la salud tenía un concepto comunitario. Diferentes estudios etnográficos concluyeron que la salud del individuo estaba influenciada por la comunidad en donde habitaba, y que la única vía para mejorar esa condición de salud estaba

relacionada con el conocimiento e intervención del contexto comunitario del individuo y que la mejor forma de intervenirlo era estudiando los detalles culturales y promoviendo hábitos de vida saludables.

Aunque el modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ha sido criticado por algunos pocos, está claro que el hecho de responsabilizar a las personas de su propia salud, a través de las medidas de promoción y prevención que practiquen, está hoy más vigente que nunca; adicionalmente ha permitido que exista un empoderamiento personal y en algunos casos mejoras evidentes en los rendimientos de los sistemas de salud.

Promoción y Prevención

La promoción de la salud según la Carta de Ottawa de 1986 es la estrategia que proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma ; lo que implica fomentar estilos de vida saludables y reducir los precursores de la enfermedad ; en este sentido, lo que busca la promoción de la salud es aminorar los problemas que favorecen el desarrollo de la enfermedad a través de propuestas integradoras de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otro lado, la promoción de la salud también se ha definido como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, definición que la incluye como un concepto de educación para la salud. La educación para la salud y la promoción de salud están estrechamente entrelazadas, siendo la educación para la salud una herramienta y un vehículo que, al ser desarrollada en conjunto con la participación de las personas, se transforma en promoción de la salud. Actualmente la promoción de salud se ha convertido en un ejercicio que implica aspectos como la educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1996 propone “Un marco para la Promoción de Salud” donde plantea que existen tres desafíos y tres estrategias de implementación para la promoción de la salud.

Desafíos:

- La reducción de la desigualdad.
- Incrementar la prevención.
- Incrementar la capacidad de afrontamiento.
- Estrategias de implementación:
- El autocuidado y ayuda mutua.
- Creación de entornos saludables o condiciones adecuadas.
- Creación de entornos que favorezcan la salud.

Como ya se mencionó, este término no funciona aisladamente, es por esto que va estrechamente de la mano con la prevención en salud. La prevención está constituida por una gran variedad de actividades que buscan fomentar estilos de vida saludables y limitar en la medida de lo posible la aparición de ciertas condiciones de salud; así mismo, la prevención incluye la detección temprana de enfermedades a través de actividades como la tamización. De igual manera, este término también se compone de esas diferentes estrategias que buscan un manejo apropiado de enfermedades existentes y comorbilidades.

Al igual que el concepto de promoción, la prevención también surgió en la 1º Conferencia Internacional de Ottawa de Promoción de la Salud, no obstante, desde entonces este término ha sido relegado en varias ocasiones hasta el punto en el que la mayoría de los sistemas de salud están basados en un enfoque curativo y no en uno basado en la prevención y promoción; lo que ha llevado a que actualmente la educación en salud tenga una mayor orientación hacia estos dos conceptos.

Este término, junto con la promoción y las estrategias que ambos engloban han sido relacionados de forma importante con brindar la capacidad al propio paciente de hacerse consiente y a la vez responsable de su estado de salud. La prevención

busca hacer un análisis completo del paciente y el contexto en el que este se desarrolla, con el fin de reconocer los factores de riesgo que posee y aquellos que pueden llegar a aparecer en un futuro y que de cierta manera favorezcan la aparición de condiciones que afecten la salud del paciente; es decir, lo que se busca es evitar que aparezcan estos factores de riesgo, limitar su exposición a los mismos o tomar otro tipo de medidas preventivas que permitan minimizar su papel en la historia natural de la enfermedad .

Estrategias de promoción y prevención

La promoción de la salud se definió en Ottawa, 1986, como una estrategia que proporciona a una población control sobre su salud, es decir, por naturaleza la promoción equivale a una estrategia en salud. En este sentido la promoción de la salud como estrategia puede ser abordada a partir de los siguientes escenarios: social, ambiental, interpersonal e individual; con un enfoque en los determinantes sociales, las políticas públicas y contextos de prevención y motivación hacia los estilos de vida saludable. Para esto se requiere de un diálogo abierto y constructivo entre instituciones y profesionales que trabajen en diferentes sectores, con el objetivo de construir redes de trabajo y políticas más articuladas comprometidas con la salud de la población.

Las estrategias de promoción de la salud no se limitan a las acciones del sector de la salud, sino que involucran una gama amplia de actores estatales y no estatales, en tanto, los factores que inciden en la salud son variados y necesitan de una atención integral y coordinada

4.- ¿Quién se educa?

Considero que la educación es para todos para el personal de salud, para los pacientes, formadores en espacios clínicos, familias, redes de apoyo, pero sobre todo aquellos involucrados en el cuidado y prestadores de servicio.

INTEGRIDAD CIENTIFICA: UN PILAR DE LA INVESTIGACIÓN

Dra. Elizabeth Hernández Portilla-Especialista en Medicina Familiar

Introducción

Se le denomina integridad científica al cumplimiento de los principios éticos y legales para la elaboración, dirección y publicación de investigaciones. Actualmente, existe la necesidad de fomentar las buenas prácticas de la investigación, conduciéndose bajo la observancia, promoción de principios éticos, deontológicos, praxis con rectitud y alto sentido de la responsabilidad, cumpliendo con verdaderas funciones de asesoría, revisión y mentoría de los trabajos de investigación en los que se considera la participación como experto, respetando las autorías, evitando el plagio, la coerción laboral y conflicto de interés. Antecedentes La Integridad Científica, surge como una necesidad en los años 80's, ante actos de mala conducta científica, siendo Estados Unidos el país en el que se dieron a conocer cuatro casos de este tipo, derivado de este acontecimiento, en 1989 se creó una comisión de expertos encargada de analizar esta problemática y en 1992 se integra la Oficina de Integridad Científica, donde surgen las guías de recomendación sobre la integridad científica en el año 2010. Otro acontecimiento de gran importancia sobre este tema es la realización de la primera Conferencia Internacional sobre Integridad científica, realizada en Lisboa en el 2007. Actualmente se reconoce que la integridad científica como un elemento fundamental de la investigación, que brinda un respaldo ético y es un referente de compromiso, responsabilidad y calidad que garantiza las buenas prácticas de la investigación. La finalidad es que se ejerza la investigación y publicación con apego a las normas éticas, cumpliendo con los estándares de calidad de la producción científica. La Bioética y la integridad científica se encuentran relacionadas estrechamente, por lo tanto, representa una virtud moral y forma parte de los criterios inviolables para los investigadores, se enfoca en prevenir con estricto rigor la mala conducta de la investigación. En la literatura científica resalta la existencia de indicadores de mala práctica científica, destacando los siguientes:

- Errores de citación.
- Manipulación de datos.
- Autoplagio.
- Inexactitud de resultados.
- Falsificación de información.

Considerando lo anterior, es necesario preservar el apego a principios de respeto, beneficencia y justicia, contribuyendo a la prevención y detección temprana del posible fraude.

Conclusión Los estándares de integridad científica deben estar basados en la objetividad, la claridad y la reproducibilidad para garantizar la utilidad de nuestras actividades, evaluaciones científicas y académicas. Es una realidad que existe una crisis en la actividad científica que afecta potencialmente el desarrollo adecuado de los trabajos de investigación, ante la falta de apego a los principios éticos que van de la mano con la integridad científica. Se requiere una resignificación de este concepto mediante las propuestas que respondan de forma urgente a esta necesidad.

Bibliografía.

- Maguiña Vargas, C. (2018). Integridad científica: necesidad de que la normativa nacional incluya criterios para decidir ante casos de mala conducta científica. Acta médica peruana , 35 (2), 85– 86. https://doi.org/10.35663/amp.2018.352.569

- Barbosa, Q. F., Rodrigues, C. S., & Novaes, M. R. C. G. (2019). Integridade científica na educação de profissionais de saúde. Revista Bioética, 27(1), 120–126. https://doi.org/10.1590/1983-80422019271294

- De Lecuona, I. (2020). La integridad científica en las instituciones de educación superior en el siglo XXI. Dilemata, (31), 95–107. Recuperado a partir de https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000332

- Abad-García, M. F. (2019). El plagio y las revistas depredadoras como amenaza a la integridad científica. Anales de Pediatría (English Edition), 90(1), 57. e1-57. e8. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.003

- Cuevas Silva, J. M., Mendieta Izquierdo, G., & García Manso, A. (2017). Bioeditorial: Bioética e Integridad Científica. Revista Latinoamericana de bioética, 18(34–1), 6–17. https://doi.org/10.18359/rlbi.3213

Autor: Dra. Elizabeth Hernández Portilla, Especialista en Medicina Familiar Certificada por el CMCMF. Maestra en Educación Basada en Competencias. Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud. UMF No. 10. IMSS Xalapa. Diplomada en Profesionalización Docente. Profesora Titular de Residencia Médica. Vocal de comité local de investigación en salud 3007. Asesora y sinodal de tesis. Evaluadora de trabajos de investigación. Revisor de protocolos de investigación.

Bioética y Tics

En base a la innovación e investigación educativa en salud con impacto social, lo cual corresponde a la línea de generación y aplicación del conocimiento del CAUV 526, comparto actividades en foros en Eminus 4, por parte de los alumnos de Bioética del periodo escolar febrero-julio 2023 en la Facultad Medicina Veracruz de la Universidad Veracruzana.

Modalidad: mesa redonda

Tema: Ética en el espacio docente asistencial

Cada alumno deberá de preguntar a un docente:

¿Qué es ética en el espacio docente asistencial?

¿A qué se refiere el espacio docente asistencial?

¿Qué experiencia tiene el docente en lo referente al espacio docente asistencial?

¿Qué experiencia tiene el alumno en lo referente al espacio docente asistencial?

¿Conoce el Código de ética en el espacio docente asistencial?

¿Sabe usted si se aplica la ética en el espacio docente asistencial en las instituciones de salud?

Favor de anotar el nombre del docente y nombre del alumno a quien se le hizo las preguntas

Subir al foro: los artículos referentes al tema de ética en el espacio docente asistencial.

Mesa Redonda: Legislación y marco jurídico médico

Viernes 3 de marzo

Hora de inicio: 7:18 a.m.

Se le preguntó a Melina: ¿Qué ley respalda a los médicos y cuando se ejerce Mala Praxis por falta de ética, ¿quién sanciona a los médicos?

1.- La ley que los respalda es la ley general de salud. Cuenta con apartados con cada tipo de interacciones entre médico-paciente para que quede respaldada.

2.- Cuando se hace una demanda se presenta una reclamación al hospital donde ocurrió la mala praxis. El abogado será uno penalista, la mala praxis se considera delito culposo. Será considerara si fue una mala praxis en un tribunal o si fue un fallo humano. Igualmente se necesita la opinión.

Se le preguntó a Mauricio: ¿Qué opinas sobre que muchos médicos se han retirado de la profesión porque les intimida el riesgo de producir daños involuntarios? y ¿Consideras negligencia un procedimiento que tuvo mal resultado?

1.- Opinó que es una realidad muy común y van a existir casos en el área de la salud. Al estar los médicos relacionados con salvaguardar a los pacientes tiene la responsabilidad de cuidarlos. Este define lo determinante que es el estudio y la preparación, y que se debería hablar más sobre el tema con los médicos en formación para que se responda de manera adecuada.

2.- Respondió que sí, que era importante conocer las 3 etapas diferenciadas al ejercer la medicina: diagnóstico, intervención y etapa recuperatoria. Cuando hay mal resultado se debe a una mala praxis, también este mal resultado puede estar relacionado con alguna complicación o enfermedad y que el mismo no está bajo la responsabilidad de un médico. De igual manera un mal resultado puede ser bajo la Mala Praxis.

Se le preguntó a Rosa Alondra: ¿Por qué es necesario brindar más información a los médicos mexicanos acerca de la legislación médica?, ¿Cuáles son algunas causas por las que se podría llegar a cometer un error médico? y ¿Qué propuestas haría para evitar estos sucesos?

1.- Las asociaciones médicas se preocupan por las cosas que han pasado, en México no es común, pero en Estados Unidos sí es común, muchos médicos pasan por procesos legales, siendo más del 70% de estos. Para el médico no es un juego ya que se puede perder la vida y este no está sujeto a perdón y empatía ya que se ubica en desventaja. Los médicos cuentan con el Primum non nocere que es el principio de no maleficencia, la cual todos los médicos deberían de ejercer.

2.- Existen bastantes causas, un exceso de trabajo, largas jornadas. En los hospitales médicos y en el país va a haber corrupción, asimismo la mala relación médico-paciente ya que se puede esconder información al doctor.

3.- Cuando se limitan los errores las demandas disminuirán. Tener una buena relación médico-paciente, que haya una buena comunicación en la que se pueda decir lo que pueda pasar, los riesgos, lo bueno y lo malo, ya que se trata de la vida de un paciente es de suma importancia. La participación de médicos para la redacción de leyes.

Se le preguntó a Jazmín: ¿Qué acciones puede tomar una persona si un médico no le brindó una atención adecuada y de calidad?, ¿Considera adecuado el uso médico de algunas sustancias que se consideran ilícitas como el último recurso para ayudar al paciente? y ¿Qué opinión tiene acerca de la eutanasia y cómo cree que impacta en la bioética?

1.- Lo primero que debería hacer es presentar una queja ante la CONAMED, la cual se encarga de recibir, investigar y resolver quejas que los pacientes presentan si han sufrido algún daño por parte del médico. También puede presentar una demanda antes los tribunales civiles y una denuncia ante la Comisión de Arbitraje Médico del Estado correspondiente.

2.- Comentó que la mayoría no son seguras ni efectivas para tratas las enfermedades. Un ejemplo que dio fue sobre la marihuana, la cual se ha utilizado para tratar algunos síntomas en pacientes con VIH y cáncer, la cual sigue es discusión y necesita ser regulado. Al contrario de las sustancias como la cocaína y la heroína, que son muy adictivas y peligrosas y no se deben de utilizar.

3.- En estos momentos la Ley General de Salud prohíbe la eutanasia y se considera como delito. Sin embargo, Jazmín considera que se debe respetar la decisión del paciente o familiar a cargo, ya que desean una muerte digna e insufrible ya que ellos lo viven a diario. Se debe de dar la libertad de morir sin dolor y sobreponer los valores de las personas, sus pensamiento e intereses sobre la vida o muerte de las personas.

Se le preguntó a Daniel: ¿Cuál es el límite de la relación médico-paciente? ¿Qué opinas sobre la poca presencia de los comités de Bioética en los hospitales? y ¿Cuáles son los tipos de errores que conducen a la mala praxis?

.1.-El paciente y el médico van a tener derechos. La realidad es que existen límites y se rompen sus derechos es que se infligen los límites. Asimismo, esta relación puede ser sospechosa ya que principalmente hay una desigualdad de poder entre ambas personas, siendo el médico el que puede abusar de su poder.

2.- Las normas hospitalarias imponen que los hospitales tengan bioética, pero no suele haber presencia de esta. Y esta es necesaria ya que puede prevenir futuras demandas hacia los pacientes.

3.- Dio varios ejemplos los cuales son:

1) Imprudencia,2) Negligencia,3) Impericia,4) No acatar las normas

Finalizó 7.38 hrs

Dr. Manuel Saiz Calderón Gómez

Dra. Rosa María Cuellar Gutierrez

CAUV 526

¿Conoces los derechos y Obligaciones de los niños?
Derechos:
A la educación
De calidad y completa en los diferentes niveles de su vida.
A la inclusión
A todos los niños, niñas y adolescentes que tengan capacidades diferentes.
A la identidad
Tener un nombre y una nacionalidad, conocer su origen, cultura y pertenencia.
A la igualdad
Todos son iguales ante la ley y gozan de los mismos derechos, sin distinción.
A una vida libre de violencia y a la integridad personal
En donde su integridad y bienestar no sea agredido ni vulnerado de ninguna forma.
A una atención médica y servicios de salud gratuitos
Una vida plena, con alimentación, vivienda, cuidados y atención médica adecuados.
A vivir en familia
En donde se le demuestre afecto y cariño, y se vele por su bienestar.
Al descanso y esparcimiento
Gozar de tiempo de descanso y realizar actividades que estimulen el desarrollo.
Obligaciones:
Respeto a todas las personas y a sus derechos
A todas las personas de su medio, sin ninguna distinción.
Respeto a padres, familia y responsables de cuidarlos
Como maestros, doctores, servidores públicos y otros
Respeto a los animales y a todas las formas de vida
A animales, insectos, plantas y otra forma de vida
Respeto al medio ambiente
No dañarlo ni a los habitantes de este. Contribuir a su cuidado y preservación
Cumplir con sus labores y tareas escolares
Con las reglas, sus actividades y con sus tareas solicitadas.
Ser honestos y siempre hablar con la verdad
Siempre dirigirse con la verdad a sus padres, familiares, maestros y a sus mayores, no decir mentiras.
Apoyar con labores del hogar dentro de la medida de lo posible
Colaborar con su familia para el cuidado y bienestar de su hogar con diferentes labores.
Cuidar y respetar su propio cuerpo e integridad
Mantenerse saludables y cuidar de su propio cuerpo e integridad.
Estudiantes de la E.E. de Pediatría. Sección 601, a cargo de la Dra. María Cristina Ceballos Vela
Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2014. Convención sobre los derechos del niño. UNICEF, 2006.

Bioética y el estudiante de medicina: vista de afuera hacia adentro.

Alan Enrique Hernández Cervantes. Estudiante de 3er año

Facultad Medicina Veracruz

Universidad Veracruzana

Después de seis semestres en la facultad de medicina, y a casi tres años de haber cursado la experiencia educativa de bioética, es casi imposible que todos los cambios estructurales y coyunturales que conlleva la vida universitaria de un estudiante de medicina no permee en la forma de pesar y de asimilar los eventos de su entorno. Es inevitable percibir las diferencias que cada estudiante tiene con respecto a la versión de su persona que ingresó a la universidad en contraste con la que es ahora, y a su vez también, puede producir estrés o ansiedad a algunos estudiantes presagiar los cambios que se visualizan en el porvenir de su futuro, tanto en su vida personal como al momento de llevar experiencias educativas con un grado de complejidad superior, la presión de tener que realizar un trabajo de titulación, un año de internado y servicio social y posteriormente la preparación para el examen de residencias.

Es inevitable contrastar los estudiantes que somos ahora en comparación con los estudiantes que entraron a esta carrera. Resulta evidente que el inevitable paso del tiempo condiciona que las cosas no sean estáticas y que continuemos creciendo como personas y como futuros profesionales de la salud, resultando evidente que todos estos cambios mencionados son dictados por los eventos en la vida y en la carrera del estudiante, desde la pandemia y el retorno a las aulas hasta la incorporación a un ritmo académico cuya exigencia está en constante crecimiento, muchas veces sin dar tregua.

Sin importar el contexto, la vida del profesional de la medicina no repara en exigencias, pues la atención de la salud demanda calidad en virtud del beneficio de los pacientes y también del personal médico. Es común dispensar y sacrificar muchas cosas, tanto materiales y tangibles como invaluables e intangibles a la par, para poder estar al nivel de las crecientes exigencias; sin embargo, la desmesura entre diferentes sacrificios hace que constantemente podamos distanciarnos de cosas invaluables que se pueden pasar por alto fácilmente.

Constantemente uno se puede encontrar absorto en su progreso y logros, los cuales son meritorios de orgullo y propia condecoración que no suponen vanidad, pues a pesar de todo, todos los estudiantes de medicina deberían sentirse orgulloso de todo lo que han logrado, todo lo que son capaces de superar y todo lo que su esfuerzo les permitirá alcanzar pronto, no obstante, el mérito y valor de cumplir estas metas debe permitirse incorporar valores y éticas en la práctica médica, y no solo reservarla para las prácticas clínicas o para el internado, servicio social, residencia, pues el aprendizaje disciplinar de la medicina incorpora también dentro de sus competencias la práctica con ética y virtudes propias que deben caracterizar al médico.

Muchos docentes comparten a sus estudiantes conocimientos que sobrepasan la teoría y la práctica médica, e incorporan aprendizaje empírico al aula con el objetivo de pintarle un cuadro a los estudiantes sobre cómo es la medicina en la vida diaria, en quirófanos, laboratorios, hospitales, clínicas y consultorios, y a través de este conocimiento empírico compartido se deja ver el papel de la Bioética en el abordaje medico día tras día y paciente tras paciente, existiendo detrás de las medidas que se toman para la seguridad de los médicos y pacientes y todo lo que se realiza para preservar su integridad, pero también a través de la incorporación de una atención médica personalizada a las necesidades de cada paciente en donde se procure no descartar su comodidad, seguridad, integridad y autonomía a pesar de su estado de salud.

Muchos docentes que han dedicado años o inclusive décadas de su vida a la atención de la salud coinciden al aseverar que la mejor forma de retener contacto con un paciente durante mucho tiempo es teniendo tacto y paciencia con este, tomándose el tiempo para explicar su estado de salud, condición y tratamiento con detenimiento y adecuación a sus conocimientos, priorizando a su vez su comodidad y seguridad. Todos los profesionales de la salud deben contemplar lo indispensable que resulta el incorporar fundamentos de bioética a su práctica médica diaria, y a su vez, remarcar lo importante que es consolidar estas bases en la formación académica temprana.

Las complejas exigencias de la formación de un profesional de la salud no deben sacrificar los valores y ética de su formación, pues al procurar no dispensar de estas, se puede considerar una práctica médica integral que respete la dignidad humana del paciente y le provea bienestar, seguridad y comodidad.

Es valioso e imprescindible el instaurar estas virtudes en el núcleo de la práctica médica de cada futuro profesional de la salud, en aras de que la forma en la que su trato con los pacientes y los valores que se pueden apreciar por fuera sean determinados por integridad proveniente desde adentro de la persona. A través de fomentar y fundamentar bases de ética solidas en el interior del estudiante de medicina se puede conseguir forman una generación de médicos sensibles y que no solo prioricen la atención a la salud al paciente, sino también a las necesidades que trascienden aspectos físicos.

El principal objetivo de esto es lograr formar en todos los profesionales de la medicina un médico que, detrás de todos los logros y conocimientos dados por una labor ardua digna de orgullo, se encuentren seres humanos sensibles y empáticos, respetuosos a la dignidad humana del paciente y del mundo en el que existen.