

POS GRA DOS

Maestría en Gerencia de Instituciones de Salud

Bioética

Guía didáctica



Facultad de Ciencias de la Salud

Maestría en Gerencia de Instituciones de Salud

Módulo. Bioética

Guía didáctica

Ciclo	Bimestre
1	2

Autora:
Vallejo Delgado Merci Lorena



F I L O _ 7 0 1 4

utpl.edu.ec/posgrados

Guía didáctica

Vallejo Delgado Merci Lorena

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

San Cayetano Alto s/n

www.ediloja.com.ec

edilojacialtda@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital:



**Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de Compartir – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Adaptar – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: Reconocimiento- debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. No Comercial-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Compartir igual-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Agosto, 2024

Índice de contenidos

Semana 1	8
Unidad 1. Conceptualizaciones generales: ética, moral y deontología (Parte 1).....	8
Introducción	8
Ética y moral	8
Bioética	9
Lecturas	11
Semana 2	12
Unidad 1. Conceptualizaciones generales: ética, moral y deontología (Parte 2).....	12
Introducción	12
Deontología	12
Ética de las profesiones.....	12
Principios y valores.....	13
Profesionalismo.....	16
Relaciones interpersonales.....	17
Secreto profesional	18
Fundamentos éticos, deontológicos y legales del secreto.....	23
Límites del secreto.....	24
Lecturas	25
Semana 3	26
Unidad 2. Principios de la bioética y derechos humanos (Parte 1).....	26
Bioética principalista.....	26
Autonomía y autodeterminación	26
Beneficencia.....	31
No maleficencia.....	31
Justicia	32
Lecturas	38
Semana 4	39
Unidad 2. Principios de la bioética y derechos humanos (Parte 2).....	39
Introducción	39
Principios de la bioética personalista	39
Declaración Universal de los Derechos Humanos	41



Lecturas	42
Semana 5	44
Unidad 3. Bioética y salud pública (Parte 1).....	44
Comités de ética: asistenciales, de investigación, disciplinarios	44
Análisis ético de los casos clínicos.....	44
Lecturas	49
Semana 6	50
Unidad 3. Bioética y salud pública (Parte 2).....	50
Dilemas éticos del inicio y fin de la vida.....	50
Dilemas éticos al inicio de la vida.....	50
Cuestiones éticas al inicio de la vida	52
Congelación y conservación de embriones humanos.....	53
Aborto.....	54
Limitación del esfuerzo terapéutico	56
Cuidados paliativos, muerte digna, eutanasia	58
Lecturas	59
Semana 7	61
Unidad 4. Bioética de la investigación	61
Investigación en seres humanos y declaraciones que rigen la investigación en seres humanos en el país.....	61
Estudios poco éticos a lo largo de la historia.....	64
Investigaciones fraudulentas	66
Lecturas	73
Semana 8	75
Unidad 4. Bioética de la investigación (Parte 2)	75
Inteligencia artificial en el diagnóstico médico: técnicas, aplicaciones y consideraciones éticas	75
Lecturas	77



Índice de figuras

Figura 1. <i>Hipócrates vs Doctor House</i>	13
Figura 2. <i>Historia de la Bioética</i>	26
Figura 3. <i>Justicia sanitaria</i>	33
Figura 4. <i>Desarrollo de un embrión</i>	51
Figura 5. <i>Desarrollo de un embrión</i>	52
Figura 6. <i>Karen Quinlan</i>	56
Figura 7. <i>Desarrollo de los principios de la bioética</i>	61
Figura 8. <i>Caso la talidomida</i>	64
Figura 9. <i>El meta-análisis de Beecher</i>	65
Figura 10. <i>Tuskegee, 1932-1972</i>	66
Figura 11. <i>La historia de cómo nació el mito del vínculo entre las vacunas y el autismo</i>	67
Figura 12. <i>Médico noruego</i>	68
Figura 13. <i>Hidroxicloroquina: The Lancet retira el estudio que llevó a la OMS a suspender su uso</i>	69
Figura 14. <i>Irregularidades en las autorías</i>	72



Índice de tablas

Tabla 1. <i>Medicina privada</i>	35
Tabla 2. <i>Medicina pública</i>	35





Semana 1

Unidad 1. Conceptualizaciones generales: ética, moral y deontología (Parte 1)

Introducción

[Kayros. Una historia de la Bioética](#)

"Ninguna sociedad puede funcionar si sus miembros no mantienen una actitud ética. Ningún país puede salir de la crisis si las conductas inmorales de sus ciudadanos y políticos siguen proliferando con toda impunidad" (Adela Cortina).

Ética y moral

La ética y la moral tienen el mismo significado:

- Ética, se deriva de griego *ethos*.
- Moral, del latín *mioris*.
- "Carácter, conducta, comportamiento-costumbres".
- Se utilizan equivalentemente para designar un aspecto específico de los actos humanos, "bueno" o "malo"; lo que es bueno hacer, lo que debe ser hecho, lo justo, lo correcto.

La ética

Aristóteles "ethos": modo de ser, o carácter adquirido mediante hábitos.

La ética trata de hechos con relación a una norma o ley intrínseca, que dice lo que se debe hacer y lo que se debe evitar.

- El objetivo último de la ética no es saber, sino obrar bien.
- La ética ha existido siempre, es necesaria para vivir en sociedad, para realizarnos como personas.
- El primer principio de la ética es el respeto.
- La ética de máximos exige el imperativo kantiano que obliga a querer para todos la misma máxima que yo quiero para mí.
- La ética de mínimos.— Son los mínimos morales que han de aceptar todos los miembros de la sociedad para que sea posible la convivencia y la cooperación. Esto se puede imponer con la fuerza coactiva del Estado y de las leyes.

¿Qué pretende la ética?

- (...) la ética busca la perfección de las personas.
- La realización de la persona humana mediante los valores.

Tipos de ética: religiosa, laicista, laica



Ética religiosa: es una ética que acepta a Dios expresamente para orientar nuestro hacer personal y comunitario, es una ética religiosa, y si ese Dios es el Dios de Jesucristo, es una ética cristiana.

Ética laicista: considera que para la realización de los hombres se debe eliminar de su vida el referente religioso, negar la religión, porque esta no puede ser fuente de discriminación y de degradación moral.

Ética laica sería, por el contrario, aquella que, a diferencia de la religiosa y la laicista, no hace ninguna referencia explícita a Dios ni para tomar su palabra como orientación ni para rechazarla.

- Ética cívica o ética civil que la mayoría de los ciudadanos comparten.

- Es laica.
- Considera a la persona como valor absoluto.
- Reconoce los derechos humanos universales.
- Promoción de los valores de libertad, igualdad y solidaridad.
- Ser buenos ciudadanos.

La moral

Es un sistema o código de normas que hacen parte de la cultura de una sociedad o comunidad humana, a través de la cual se regula la actividad individual o colectiva que se considera correcta. Forma parte de la vida cotidiana.

Ej. Respetar a los padres, proteger a los hijos, decir la verdad, ser honestos.

Bioética

Nacimiento de la bioética

- Van Rensselaer Potter en 1971.
- Nace en un ambiente científico, por la necesidad sentida de los científicos de proteger la vida y el medio ambiente.

¿Qué vio Potter?

- Que el siglo XX, que prometía ser un siglo de paz, de armonía, llevaba a cuestas dos guerras mundiales.
- La bomba atómica.
- Daño en el medio ambiente.
- Manipulación de la procreación humana.

¿Qué dijo Potter?

- «Una ciencia de supervivencia debe ser más que una ciencia sola, y por consiguiente propongo el término "bioética" para poder enfatizar los dos componentes más importantes para lograr la nueva sabiduría que tan desesperadamente necesitamos: conocimientos biológicos y valores humanos».

Potter, Van Rensselaer. Bioethics, the science of survival. Biology and Medicine: 14 (1), 127-153. 1970.



Historia de la bioética

- Proceso de Nüremberg (1946-1947).
- Años 30 y 60:
 - Tukesgee.
- 1963.- Jewish cronic Disease Hospital de Brooklyn.
- 1965-1971.- Willowbrook State Hospital (NY).
- 1974. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos.
- 1974-1978.- Comités éticos para la revisión de protocolos.
- 1979.- Se publica el informe de Belmont.
- 1978.- Beauchamp, Childrens.
- 1967.- Con los primeros trasplantes de corazón, se plantea el problema de cómo definir la muerte clínica.
- En 1968, la facultad de medicina de la Universidad de Harvard publica un artículo donde plantea el nuevo criterio basado en la muerte cerebral.
- 1975.- Karen Ann Quinlan entra en coma irreversible y queda en estado vegetativo persistente.
- En 1972 se promulga en EE. UU. la Carta de los Derechos de los Enfermos.
- Cambios en la relación médico paciente:
 - Modelo hipocrático – paternalista.
 - Modelo centrado en la autonomía del paciente.
 - Medicina contractualista.
 - Medicina defensiva.
- Otros cambios:
 - Avances de la genética y desarrollo del Proyecto Genoma Humano, las tecnologías reproductivas.
 - Reproducción asistida, estatuto ético del embrión y del feto.
 - 1953.- Watson y Crick identifican la doble hélice del ADN.
 - National Academic Sciences.
 - Pautas sobre el uso de ADN recombinante.
 - 1975.- Los experimentos de ingeniería genética deben someterse a una moratoria internacional.
 - 1978.- Se crea una comisión que analiza problemas emergentes de ingeniería genética.
 - 1988.- Se inicia el proyecto Genoma Humano.
 - Unesco declara al genoma humano como patrimonio simbólico de la humanidad.
 - 1997.- Declaración universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.
 - Expresión del reconocimiento de la dignidad intrínseca y a diversidad de los seres humanos.
 - Condiciones éticas.
 - La prohibición de discriminación sobre la base de las características genéticas individuales.
 - La tutela legal de la persona en caso de investigación.
 - Tratamiento y diagnóstico en relación con sus genomas.
 - El derecho a recibir información sobre los resultados.

Semanas

1

2

3

4

5

6

7

8

Lecturas

Capítulos 9 y 13-15 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.





Semana 2

Unidad 1. Conceptualizaciones generales: ética, moral y deontología (Parte 2)

Introducción

Valores en la asistencia sanitaria

Deontología

La deontología trata sobre la ética de las profesiones.

- Designa la moral profesional: indica los deberes y las normas de los profesionales sanitarios.
- Código profesional para tipificar, calificar y sancionar los problemas éticos que aparezcan en la relación médico-paciente, en las relaciones de los médicos entre sí y con las instituciones sanitarias.
- Orienta la conducta profesional para analizar los problemas éticos, la toma de decisiones utilizando su bagaje de valores personales, la conciencia moral que ha adquirido previamente.
- Relación médico-paciente; médico-médico, relaciones interprofesionales, y con las instituciones de salud.

Ética de las profesiones

Importancia de la ética para el profesional de la salud

Como dijo Kant: ¿Qué debo hacer? Es la pregunta fundamental de la ética.

- El peligro de nuestro tiempo no es dar respuestas erróneas a esa pregunta, sino dejar de planteársela.
- Las profesiones de la salud son aquellas más apegadas al servicio y por vocación intrínseca induce a comportarse virtuosamente desde el punto de vista moral.
- Las profesiones más consagradas (sacerdocio, derecho) corren el riesgo de perder su dimensión vocacional o que quede inhibida por otros intereses socialmente más reconocidos.

Ser excelentes

- Excelencia viene del griego *areté*, que se traduce como la "virtud" o "excelencia de una cosa".
- Ser virtuosos es ser excelentes.

¿Qué cualidades determinan la excelencia?

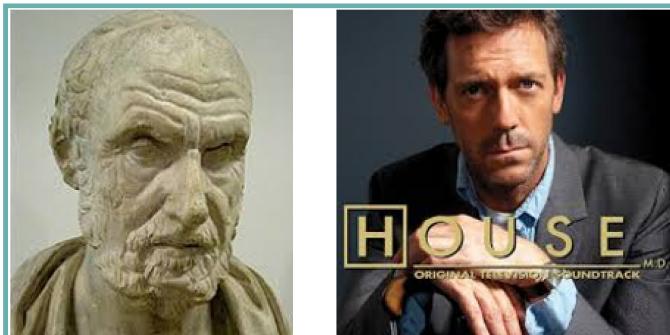
¿Qué es ser un buen profesional?

- ¿Se mide solamente con el currículo y el expediente académico?

Figura 1

Hipócrates vs Doctor House

Hipócrates vs Dr. House



Nota. Adaptado de *Hipócrates vs Doctor House* [Ilustración], por Vallejo, M., 2023.

Llegar a ser un buen profesional debería ser uno de los propósitos no solamente de los profesionales de la salud, sino de cualquier persona que entiende que su trabajo tiene una dimensión ineludible de servicios a los demás.

- Un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria, la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral.
- En las profesiones sanitarias su objetivo trasciende el simple "diagnosticar y tratar". Si no que va más allá de la de los conocimientos.

Principios y valores

- Recordemos que ser profesionales excelentes es igual que ser profesionales virtuosos.
- La profesión se ha convertido en carrera. Actualmente, hacer carrera profesional es sinónimo de triunfar en la profesión, sinónimo a su vez de haber alcanzado la excelencia y que en muchas ocasiones equivale solo a enriquecerse. El triunfo tiene que ver más con el dinero, la fama, el éxito material, más que no con la excelencia de la buena práctica y que no siempre recibe el reconocimiento de la sociedad o de la misma profesión.
- De allí debemos preguntarnos.

¿Cuál es la razón última de mis acciones?

- Aquí entran en juego los valores y los principios.





Pero ¿Qué valores y qué principios?, ya que existe una pluralidad de valores, y una pluralidad de éticas.

- Ser responsable de nuestras acciones y decisiones.

¿Qué elijo como principio?

- Con nuestras elecciones nos hacemos mejores o peores y también la sociedad mejora o empeora.
- Se concibe la ética como la búsqueda de lo mejor; y no simplemente de lo bueno.

¿Valores, virtudes, principios?

- A lo largo de la historia se ha dado la violación de algunos derechos, razón por la cual ha sido necesario visualizarlos en diferentes informes o códigos que rigen algunas conductas éticas; como son los principios de la bioética, los derechos humanos, etc.
- Pero estas reglas de normatización no son suficientes; por ejemplo:
 - A nivel de lo particular: son específicos o para un grupo; ej.:
 - Se prohíbe fumar en los hospitales,
 - El capitán es el último en abandonar el barco.
 - Nivel universal: preceptos válidos para todos y para siempre en todas las circunstancias.
 - Principios universales y mandamientos más generales.
 - Ej. Amarás a tu prójimo o NO harás a los demás lo que no quieras que te hagan a ti.

Valores

- La ética de los valores entienden que el deber obliga, precisamente, a realizar valores y evitar desvalores. Los valores son el fundamento de las normas y de los juicios morales.
 - Un valor es la estimación de un hecho que acompaña ineludiblemente a la percepción del mismo y nos hace preferirlo.
 - Suelen ser subjetivos.
 - Los valores nunca están ausentes en actividad humana alguna.

Tipos de valores:

- Valores instrumentales. — Sirven para conseguir otros valores. Ej. El dinero. Estos valores pueden ser sustituidos por otros sin que se pierda nada en el cambio.
- Valores intrínsecos:
 - Son valores estimados por sí mismos.
 - Son intransferibles e irrepetibles, de modo que si desaparecieran, se considera que el mundo ha perdido algo importante.
 - La búsqueda de los valores intrínsecos es la búsqueda de los auténticos fines de la vida humana.



- Ej.: la belleza, la verdad y el amor.

- También pueden ser:

- Útiles (o de cosa).— Abundante-escaso, eficaz-ineficaz, capaz-incapaz, caro-barato.
- Vitales (o de seres vivos).— Sano-enfermo, enérgico-inerte, satisfecho-insatisfecho, con placer-con dolor, fuerte-débil, etc.
- Espirituales (o de seres humanos).— Estéticos, intelectuales, morales (bueno-malo; leal-desleal), etc.
- Religiosos (o de las realidades profundas).— Sagrado-profano, milagroso-mecánico, Divino-demoniaco, excelsorastrero, etc.

Virtudes

- A las virtudes se refiere Aristóteles como una “disposición adquirida voluntaria”, esto es, una cualidad, una tendencia a actuar, una actitud, que el individuo debe adquirir porque la virtud no es innata.
- La virtud hay que adquirirla para que acabe formando parte de la personalidad de cada uno, de su manera de ser, de su carácter o ethos.
- Las virtudes se adquieren con las prácticas, a partir de hábitos.
- Virtudes cívicas: el mínimo exigible al ciudadano de una democracia.
- La educación ética consiste no en conocer de memoria conceptos normativos, sino en saber y querer llevarlos a la práctica con prudencia.
 - Prudencia = phrónesis, significa la regla de la razón.
 - Aristóteles considera que el hombre prudente es aquel que ha adquirido el “saber práctico”, que dicta como se debe actuar en cada momento.
 - Debido a que cada situación es singular y requerirá una decisión única.
 - Es el criterio que rige todas las virtudes.
- La ética nos exige activar la responsabilidad y que nos enseña a razonar, a acompañar las decisiones de los argumentos que las justifican.
 - ¿Asume responsabilidad?
 - ¿Antes no las asumía?
 - ¿Asume nuevas responsabilidades?
- ¿Qué es responsabilidad?
 - La Real Academia Española (RAE), hace referencia al compromiso u obligación de tipo moral que surge de la posible equivocación cometida por un individuo en un asunto específico.
 - La responsabilidad es, también, la obligación de reparar un error y compensar los males ocasionados cuando la situación lo amerita.
 - Es la obligación que tiene todo agente libre de responder de sus acciones.
 - ¿Ante Quién? Ante la propia conciencia.
- En algunas ocasiones las pasiones obnubilan la razón, por lo que hay que trabajar con nosotros mismos y hacer la virtud contraria.
- El problema es cuando no somos protagonistas de nuestras vidas.
- Las personas si podemos cambiar, por eso tiene sentido la ética porque nacemos con un temperamento que no hemos elegido y en un medio social, que tampoco

estuvo en nuestras manos aceptar o rechazar; pero a partir de él vamos tomando decisiones que refuerzan unas predisposiciones u otras, generando buenos hábitos si llevan una vida buena, malos si llevan lo contrario, los primeros reciben el nombre de virtudes y los segundos de vicios.

- Características de la responsabilidad

- El sujeto para ser responsable debe ser un agente libre.
- Se adquiere tanto por una acción como por omisión.
- Todas las acciones u omisiones llevan una responsabilidad moral.
- No tiene solo una connotación negativa.

Aunque toda acción repercute en los demás, el primer beneficiado o víctima de los propios actos es el sujeto que los realiza.

Cuando nos sentimos responsables nos sentimos personas con derechos y no de deberes.

Ser libre

- El término libre deriva del vocablo latino liber, que significa «libre», *Liber* era, pues, el sujeto que se incorporaba a la vida en comunidad.
- La libertad se entendía, en este caso, como la posibilidad de poder tomar decisiones y llevar a cabo acciones sin imposiciones externas.
- Libertad negativa, entendida como limitación.
 - Se produce cuando un individuo no encuentra oposición para realizar algo.
 - Es el sentido que se deriva de frases como: «Puedes irte, nadie te lo impide, eres libre».
- Libertad positiva, entendida como un poder hacer.
 - Se refiere a la capacidad que tiene un sujeto de poder llevar a cabo una acción, de elegir esto o lo otro.
 - Define en qué sentido somos dueños de nuestras acciones o no lo somos. Una persona puede decidir ir a una fiesta en lugar de estudiar. Es libre de hacerlo.

Profesionalismo

En busca de la excelencia profesional

Llegar a ser un buen profesional debería ser uno de los propósitos de cualquier persona que entiende que su trabajo tiene una dimensión de servicio a los demás.

- Ser un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria, la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral.
- La superespecialización, la mercantilización del conocimiento, se reduce la excelencia profesional a ser una eminencia.
- La separación entre la profesión y la vocación se pierde la el sentido vocacional y se reduce a meras profesiones en las que la burocracia y el afán de lucro inhiben cualquier otra razón de ser.
- Talcott Parsons insiste en que las profesiones de la salud deben ser entendidas como "una ideología de servicio" y no un mero negocio.





Algunas virtudes de los profesionales de la salud son inherentes al servicio, y la ética del cuidado.

Algunas de las virtudes que viven los profesionales sanitarios son la sinceridad, la amabilidad, la compasión, la justicia, la confianza, entre otras.

Integridad

- **Un profesional íntegro, sin dobleces morales.**
- **Un buen profesional no solamente se mide con el currículum ni con el expediente académico.**
- **Disposición a actuar correctamente y esta es la manera de asumir la responsabilidad profesional.**
- **Para Hanna Arendt, la integridad moral radica en el pensamiento y el juicio, que es la capacidad de actuar con el fin de emitir un juicio correcto sobre lo que se debe hacer.**
- **Pensar –decía– implica distanciarse de uno mismo de los propios intereses y deseos, tener en cuenta al otro.**
- **Ser íntegro o ser prudente significa adquirir el nivel postconvencional de la moralidad; el de aquellos deberes que no están escritos como tales en ninguna parte, pero que guían el pensamiento crítico y exigente con los ideales que compartimos.**

Relaciones interpersonales

Los principios éticos que fundamentan las relaciones interprofesionales

- **Deferencia.**
- **Respeto.**
- **Lealtad.**
- **Asistencia mutua.**

Los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud

- **Comparten ideales y propósitos comunes.**
- **Cada uno tiene aporta con su competencia de manera integrada. Concluyen en una responsabilidad de común.**
- **Objetivo: servir mejor al paciente.**

La importancia de la colaboración

- **Lograr un apoyo mutuo.**
- **Crear espíritu de equipo.**

Vivencia de una conducta ética

- **Adecuada comunicación.**
- **Resolución cordial de problemas.**
- **Justa distribución de funciones y tareas.**
- **Equitativa solución de conflictos.**
- **Evaluación objetiva del trabajo y la competencia.**



Para evitar complicaciones en las relaciones interprofesionales debe existir

- **Respeto y tratamiento con cortesía.**
- **No invadir el área específica de trabajo de cada uno.**
- **No delegar funciones propias en quien no es competente.**
- **Reconocer la autoridad.**
- **Intolerancia a comportamientos descuidados o negligentes.**

Trato educado y respeto profesional

- **Están vigentes las reglas comunes de buena educación; esto significa, el aprecio que cada uno tiene por la dignidad del otro.**
- **Saludar correctamente.**
- **Hacer uso adecuado del tuteo.**
- **Pedir las cosas por favor.**
- **Dar gracias por la ayuda obtenida.**
- **Saber disculpar (eso no significa que se está rebajando).**
- **Llamar a las otras personas por su nombre o apellido, anteponiéndole el término de cortesía o título que corresponda.**
- **Cuidado con el aspecto personal: compostura, atuendo, el aseo.**

Trato específicamente profesional

- **Debe estar lejos de la frialdad rígida y también de las familiaridades incorrectas.**
- **Mostrar confianza en nuestros compañeros, valoración de su competencia.**
- **Estar dispuestos a comunicar.**
- **Dar y recibir órdenes con mesura.**
- **No se debe desautorizar irreflexivamente.**
- **No violencia verbal y mucho menos delante de otros.**
- **Serenidad.**
- **La vacuna contra el resentimiento: perdón.**
- **Las correcciones necesarias a solas y con ecuanimidad.**
- **No murmurar de otro profesional.**
- **Evitar el exceso de camaradería, jugueteos, etc. Ya que puede afectar el sentido de autoridad y exista un deterioro de la calidad de servicio y se daña el prestigio.**
- **Fuera de lugar el abuso de las personas: bromas pesadas, desprecio, acoso psicológico, sexual.**

Secreto profesional

Intimidad y confidencialidad

Casos

- **El adolescente con drogodependencia no conocida por sus padres.**
- **La menor que solicita un tratamiento contraceptivo ante un posible embarazo y se niega a informar a sus padres.**
- **El cónyuge con una enfermedad de transmisión sexual.**
- **El joven VIH positivo con varias relaciones de pareja.**
- **El juez que solicita una determinada historia clínica; el médico de empresa que pide información sobre un paciente de baja.**



Ejemplo de casos

Caso 1

Paciente de 24 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide, tiene alucinaciones auditivas y en el curso de las entrevistas revela a su médico que va a matar a otra persona y dice exactamente a quién. También amenaza con quitarse la vida, cosa que ya parece haber intentado en alguna ocasión anterior. El médico sabe que el paciente puede llevar a cabo ambas cosas y que de algún modo tiene que evitarlas, si bien el proteger a la persona amenazada puede desencadenar el suicidio, y el no protegerla puede poner en grave riesgo su vida.

Caso 2

Médico de familia que atiende a un paciente infectado por el VIH. A pesar de las advertencias del profesional, el paciente se niega a tomar precauciones en las relaciones con su pareja. Esta también pertenece a las pacientes que él atiende y, por tanto, es paciente suya.

Valores implicados

1. La protección de la vida de una o varias personas.
2. El derecho que el paciente tiene al respeto de su intimidad y confidencialidad de sus datos, y el deber correlativo del profesional a respetarlos.

Cursos extremos de acción

Caso 1

- Guarda absoluta del secreto.
- La denuncia.

Caso 2

- El médico opta por proteger el secreto médico, haciendo caso omiso del otro valor en conflicto.
- El médico opta por proteger a la o las parejas sexuales, revelando la infección que padece el paciente.

Cursos intermedios

Caso 1

- El tratamiento voluntario y ambulatorio del paciente.
- El tratamiento ambulatorio forzoso.
- El internamiento voluntario del paciente.
- El internamiento forzoso.
- El internamiento y tratamiento forzados del paciente.
- Denuncia judicial, sin desentenderse del ingreso y tratamiento adecuados.



Caso 2

- Apoyo emocional al paciente.
- Protección de la pareja sexual sin revelar el secreto.
- Entrevista simultánea con los dos miembros de la pareja.
- Mediación de otro equipo sanitario.
- Denuncia judicial. El médico denuncia a su paciente ante las autoridades sanitarias por la comisión de un presunto delito de lesiones.

Intimidad y confidencialidad

Intimidad

- Es el ámbito en que los seres humanos gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, higiénicos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver, directa o indirectamente, con ellos.
- El derecho a la intimidad protege la intromisión no deseada de otras personas en ese espacio sin consentimiento expreso del interesado.
- Designa un ámbito reservado propio de una persona o grupo.
- Todo aquello que no se quiere exponer al conocimiento público.
- O que se desea controlar sin intromisiones no deseadas.
- Datos referentes al cuerpo, la sexualidad, la salud, y la enfermedad.

Privacidad

- Tiene un sentido más jurídico.
- Es el derecho a resguardar la vida privada de cualquier intromisión.

El derecho a la intimidad

- Es un derecho fundamental. Fue reconocido en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948.
- “*Nadie será objeto de intromisiones arbitrarias en su vida privada, su domicilio o su correspondencia, ni de daños a su honor o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales intromisiones o daños*”.
- Existen ciertas consideraciones éticas que pueden limitar el alcance de este derecho.

Niveles de la intimidad

- Nivel físico.
- Nivel informacional.
- Nivel decisional.

Nivel físico

En la asistencia sanitaria la intimidad física obliga a:

- Respetar el entorno del paciente.
- Solicitar su autorización para explorar o manipular su cuerpo.



Es violado cuando alguien es tocado sin su consentimiento o es observado en su vida privada.

Nivel informacional

- En este nivel se define intimidad como el control que se tiene sobre la información que trata de uno mismo.
- En el ámbito sanitario, la intimidad informacional es el núcleo de la confidencialidad y el secreto médico.
- De la necesidad de proteger este nivel proviene el derecho a la confidencialidad.
- Es vulnerado cuando se difunden informaciones privadas, especialmente a los que afectan a los datos sensibles.

Nivel decisional

- Se ejerce la autonomía para tomar decisiones que repercuten sobre la propia vida privada sin producir daños a otros.
- Está protegida por el derecho al consentimiento informado.

La confidencialidad

- Es el derecho a que no se revelen datos íntimos propios sin su autorización expresa.
- Es un instrumento de protección a la intimidad.
- Sirve para promover otros valores, protege otros derechos, evitar ciertos males.
- Debe ser respetada en cualquier relación humana.
- Existe una obligación general de no perjudicar.
- Ha podido pedirlo el interesado y habérselo prometido nosotros.
- Compromiso o lealtad en ciertas relaciones o asociaciones (conyugales, laborales...).
- Es necesaria para desempeñar ciertas profesiones (abogados, médicos...).
- Sirve para promover otros valores, confianza, seguridad, amistad, respeto.
- Protege otros derechos, igualdad, no discriminación.
- Evita ciertos males, daños a la reputación y al honor, perdidas de empleos y oportunidades, imposibilidades de obtener seguros.
- Solo es defendible en la medida en que contribuya a lograr fines que son deseables en sí mismo.
- No deben protegerse una confidencialidad que esté al servicio de objetivos indeseables o delictivos.

El secreto

Es el deber de las personas que conocen ciertos datos de otras de no revelarlos sin su consentimiento o sin habilitación legal.

Tipos de secreto

- Natural.
- Prometido.
- Profesional.

El secreto profesional



El fundamento del secreto profesional es el derecho a la intimidad.

El deber del secreto que tiene el profesional se corresponde con un derecho del paciente a la confidencialidad.

Secreto médico

- Es el deber profesional de mantener oculta la intimidad del paciente y de no revelar los datos confidenciales de este para fines ajenos a la propia asistencia sanitaria, mientras el paciente no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes de bien público, evitación de daño a terceros o imperativo legal.
- Puede ser:
 - El secreto médico extendido a personas que colaboran con el médico en la labor asistencial.
 - Secreto compartido:
 - Es aquel en que su contenido debe ser conocido por varias personas en beneficio de la colaboración requerida para llegar al adecuado tratamiento asistencial. (Interconsultores).
 - Secreto derivado:
 - El personal no directamente implicado en la actividad asistencial no sanitaria, tiene que conocer el proceso patológico, aunque no lo deseara.

El objeto del secreto

- Todo aquello que llega a conocimiento del médico en el ejercicio de su arte.
- No solo incluye a los que le dicen al médico, sino que a cuanto ve y conoce.
- Aun cuando el enfermo no hubiese querido que se dé a conocer algo específico.
- Secreto ampliado (equipos de profesionales, bancos de datos informatizados).
- Se debe evitar que el secreto sea compartido con muchas personas, para lo cual es conveniente que el nombre del enfermo no llegue a quienes no tienen que conocerlo necesariamente.

El secreto ha tenido una evolución:

- Deber profesional unilateral: Juramento Hipocrático.
- Deber correspondiente a un derecho del paciente.
- Obligación institucional y colectiva de proteger los datos sensibles.

Valores del secreto

- Bienes específicos
 - Hace posible una relación terapéutica eficaz, basada en la veracidad y en la confianza.
 - Facilitar el registro escrito de historias clínicas fidedignas y completas, que también pueden ser útiles para investigación científica y control de calidad.
 - Promover otros valores (confianza, seguridad, amistad, respeto...).
 - Asegurar la protección de otros derechos (igualdad, no discriminación ...).

- Evitar ciertos males (pérdida de empleo, seguro y oportunidades, o daños a la reputación y al honor).

- **Consecuencias negativas:**

- Lesión de la utilidad general y del bien público.
- Daños a terceros.
- Amparo del fraude y el delito.

Fundamentos éticos, deontológicos y legales del secreto

Fundamentos éticos del secreto

- Las bases morales que sustentan el deber de confidencialidad se han apoyado tradicionalmente en tres argumentaciones:
 - El respeto a la autonomía personal.
 - La existencia de un pacto implícito en la relación clínica.
 - La confianza social en la reserva de la profesión médica, del médico y, de manera compartida o derivada, de otros colaboradores implicados en los cuidados de la salud.
- Todo profesional tiene un fuerte deber de guardar el secreto.
- Debe contrapesar con las exigencias del bien público, la evitación del daño a terceros y la lucha contra los delitos.

Fundamento deontológico del secreto

- El secreto profesional es un deber inherente al ejercicio de la profesión, que abarca toda la información que se llegue a conocer sobre un paciente y obliga a todas las personas que por su actividad laboral participan directa o indirectamente en la atención del enfermo.

Otros valores que acompañan al secreto

- Principio de la parquedad.
- Principio de la transparencia.
- Principio de la responsabilidad.
- Principio de la universalidad.

Fundamentos legales del secreto

- Desde el punto de vista jurídico, el secreto médico nace de una promesa tácitamente formulada al conocer el facultativo una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión.
- La legislación ecuatoriana indica con respecto a la intimidad:
 - Art. 23.– Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes: N.º 8.– El derecho a la honra, a la buena reputación y a la intimidad personal y familiar. La ley protegerá el nombre, la imagen y la voz de la persona.



- La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.
- No son aplicables estas normas para la persona que divulgue grabaciones de audio y vídeo en las que interviene personalmente, ni cuando se trata de información pública de acuerdo con lo previsto en la ley.

- Ley especial de telecomunicaciones:

- Art. 31.— Derecho a la protección de las comunicaciones personales.— Todas las personas tienen derecho a la inviolabilidad y al secreto de sus comunicaciones personales, ya sea que estas se hayan realizado verbalmente, a través de las redes y servicios de telecomunicaciones legalmente autorizadas o estén soportadas en papel o dispositivos de almacenamiento electrónico.
- Queda prohibido grabar o registrar por cualquier medio las comunicaciones personales de terceros sin que ellos hayan conocido y autorizado dicha grabación o registro, salvo el caso de las investigaciones encubiertas, autorizadas y ordenadas por un juez competente y ejecutadas de acuerdo a la ley.
- La violación de este derecho será sancionada de acuerdo a la ley.

Límites del secreto

- El secreto natural:

- Está obligado a guardar el secreto a menos que una causa justa permita descubrirlo.

- El secreto prometido:

- Si se descubre que el hecho que se prometió guardar no es lícito, la promesa es nula.
- Deja de obligar el secreto prometido, e incluso se convierte en ilícito, cuando su revelación es exigida por el bien común o por el bien de una tercera persona.

- En el secreto confiado y en el profesional la obligación es rigurosa.

- Su obligación cesa por dispensa de quien lo ha confiado.
- Cesa cuando se hace imposible guardarlo sin grave perjuicio, que puede ser para la sociedad entera, para una tercera persona inocente, para el mismo que lo ha confiado o para el depositario del secreto.

Obligatoriedad de revelar el secreto

En la denuncia de delitos:

- Ante actos delictivos o de intencionalidad violenta o criminal hay obligación de llenar un parte de lesiones.
- La obligación persiste, aunque no haya seguridad de la intención criminal.





En la declaración como testigos o peritos.

La declaración de enfermedades infecto-contagiosas.

- **Es obligatoria, a la menor sospecha, sin esperar la confirmación clínica y de laboratorio.**

Excepciones del secreto médico

- **Cuando el paciente da su consentimiento.**
- **Cuando es en claro beneficio objetivo del paciente y resulta imposible solicitar su consentimiento o no es aconsejable por razones médicas.**
- **Obligación legal:** en enfermedades de declaración obligatoria, maltrato a niños, ancianos o discapacitados, agresiones sexuales, lesiones, abortos ilegales, muertes sospechosas.
- **Requerimiento judicial:** efectuado por un juez que instruye un proceso.
- **Protección de terceras personas a las que el paciente tiene intención de perjudicar o agredir.**
- **Riesgo para la salud pública o el interés colectivo:** enfermedades que ponen en riesgo a otros, actividades terroristas, delictivas.
- **Investigación o docencia debidamente autorizada.**

Situaciones conflictivas

- **Médicos de los de seguros de vida.**— El asegurado da su consentimiento a que los datos sean revelados.
- **En los certificados médicos.**— El paciente da su consentimiento a que los datos sean revelados.
- **En la medicina institucional.**— Se requiere información para las indemnizaciones, invalidez, jubilaciones, pensiones, etc.

Lecturas

- **Capítulos 9 y 13-15 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.**
- **[Acuerdo Ministerial 5216 sobre confidencialidad.](#)**
- **[Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.](#)**



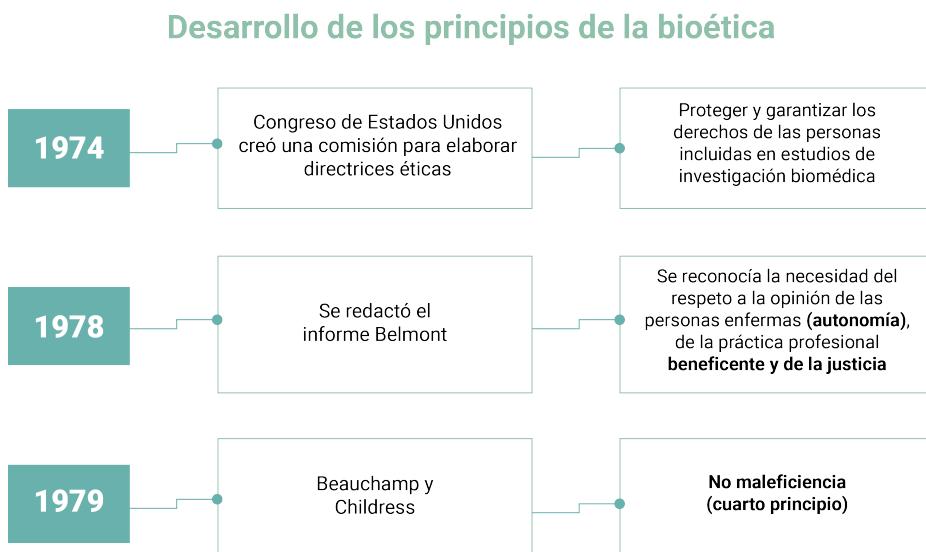
Semana 3

Unidad 2. Principios de la bioética y derechos humanos (Parte 1)

Bioética principalista

- Los principios de la bioética se basan en valores éticos universalmente aceptados.
- Su utilización como referente en la reflexión necesaria para resolver problemas éticos.
- Permite orientar la práctica profesional hacia el cumplimiento de los fines de la medicina.

Figura 2
Historia de la Bioética



Nota. Vallejo, M. (2023).

Principios de la bioética

- **Principio de autonomía.**
- **Principio de beneficencia.**
- **Principio de no maleficencia (primum non nocere).**
- **Principio de justicia.**

Autonomía y autodeterminación

La declaración de la AMM 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 sus 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".

La autonomía no es ilimitada, es parte de la libertad responsable del ser humano que sabe que debe actuar respetando la libertad de los demás, aunque ello le limite o le ocasione un problema, y sabe también que debe actuar conforme a su propia dignidad de persona. Esto le obliga moralmente a cuidar y respetar los bienes básicos que conforman su dignidad: la vida, la salud, la conciencia propia y de los demás.

El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia.

- "Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte".

• Competencia vs. capacidad

Aunque tanto la competencia como la capacidad se refieren a la capacidad del paciente para tomar decisiones autónomas, cada una se determina de manera diferente y se usa en diferentes contextos.

- Competencia: término legal que solo puede determinar el tribunal.
- Capacidad de toma de decisiones: evaluada por un médico en el ámbito sanitario.

Los pacientes deben reunir cuatro condiciones para que sus decisiones sean racionales y autónomas

- Disponer de información suficiente.
- Comprender la información adecuadamente.
- Encontrarse libre para decidir.
- Ser capaz para tomar la decisión en cuestión.

El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión

Importancia de la comunicación en la toma de decisiones.

La comunicación exige mucho más de los médicos, ya que deben entregar a los pacientes toda la información que necesitan para tomar sus decisiones.

• Incluye:

- La explicación de diagnósticos, pronósticos y tratamientos complejos en un lenguaje simple.
- Confirmar o corregir la información que los pacientes puedan haber obtenido de otras fuentes.
- Asegurarse que los pacientes entiendan las opciones de tratamiento, incluidas las ventajas y desventajas de cada una.
- Contestar las preguntas que tengan y comprender la decisión que tome el paciente y, si es posible, sus razones.

Componentes de la capacidad de toma de decisiones:

- La capacidad de expresar una elección.



- La capacidad de comprender información relevante para la decisión a tomar.
- La capacidad de apreciar la importancia de esa información para la propia situación.
- La capacidad de razonar con la información relevante de manera lógica.

Libertad para decidir:

- Persuasión

- Es el uso de argumentos razonables con la intención de inducir en otra persona la aceptación de una determinada opción.
- No anula la autonomía.
- Es éticamente aceptable siempre y cuando la argumentación sea leal y no esté sesgada por intereses ajenos al paciente.

- Manipulación

- Todos intento de modificar la decisión por medios no puramente persuasivos, sin llegar a la amenaza ni a la restricción física.
- Informacional: falsear la información.
- Psicológica, relacionado con los procesos mentales.
- Opciones disponibles modificando sus características o atractivos.

- Coacción

- Es el uso de amenazas o ejecuciones de daños para influir en alguien.
- Éticamente es inaceptable.

St caso Canterbury vs. Spence

El caso

La historia del consentimiento informado:

Uno de los primeros reconocimientos legales de que los médicos eran demasiado paternalistas en la forma como practicaban su profesión y cómo se comunicaban con los pacientes, fue el hito del caso Schloendorff vs Society of New York Hospital, que tuvo lugar en 1914, en la Corte de Apelaciones de Nueva York. En ese caso, un médico creyó que estaba actuando a favor de los mejores intereses del paciente y removió un tumor maligno en contra de los deseos del mismo; fue hallado culpable de agresión con lesiones. En la opinión de la mayoría, presidida por el juez Benjamín Cardozo, se consideró que "un cirujano que efectúa una operación sin el consentimiento del paciente comete una agresión".

Esta decisión enfatizó el derecho básico de autodeterminación del paciente, en el contexto de la relación paciente-cirujano. Decisiones posteriores de la Corte, incluyendo el caso Canterbury vs. Spencer de 1972, codificaron más formalmente y expandieron el papel autónomo que tienen los pacientes en sus relaciones con los médicos tratantes.

Jerry Watson Canterbury (1939-2017) fue un empleado del FBI que sufrió una ruptura de disco en 1958. Fue operado por el Dr. William T. Spence, un conocido neurocirujano de Washington, y como resultado de la cirugía, y una posterior caída de su cama





mientras estaba hospitalizado, terminó con una hemiplejía y con incontinencia. Canterbury demandó por negligencia. Fue dado de alta del hospital tres meses y medio después, con las piernas parcialmente paralizadas. Durante el juicio en 1968, la defensa argumentó que, dado que Canterbury carecía del testimonio de un experto, el caso no podía continuar. Esta falta de testimonio fue probablemente el resultado de una "conspiración de silencio" que, en ese momento, impidió que los médicos testificaran unos contra otros. El juez Spottswood W. Robinson del Tribunal de Circuito de DC permitió que el caso llegara a un jurado, decidiendo que no era necesario un experto en tales casos y que el estándar para el consentimiento informado era lo que un paciente razonable querría saber al presentar un informe. En el segundo juicio, el Dr. Spence reconoció que le había dicho a Canterbury y a su madre que las complicaciones de la cirugía podrían dar como resultado una "debilidad" sin mencionar la parálisis, y que evitó más información para no disuadir al paciente de continuar con la operación.

La justicia resolvió que médicos y cirujanos no podían ocultarse más detrás de los privilegios terapéuticos, como excusa para una falta de adecuada revelación a los pacientes [2]. Decisiones adicionales de la Corte fueron llevando efectivamente al comienzo de una nueva era de cómo los cirujanos necesitarían reconceptualizar la relación médico-paciente.

Consentimiento informado

Aunque el término "consentimiento" implica la aceptación del tratamiento, el concepto de consentimiento informado se aplica igualmente al rechazo del tratamiento o a la elección entre tratamientos alternativos.

- Es una exigencia ética y un derecho reconocido por la legislación de todos los países desarrollados.
- Es la aceptación autónoma de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles.
- Se da en forma libre, voluntaria y consciente después de que el médico le ha informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios; así como las alternativas posibles, también con sus riesgos y beneficios respectivos.
- Solo se logra como resultado de un proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta los deseos y los valores del paciente.

Tipos de consentimiento informado

- El consentimiento explícito se entrega en forma oral o escrita.
- El consentimiento está implícito cuando el paciente indica que está dispuesto a someterse a un cierto procedimiento o tratamiento a través de su conducta.
 - (Por ejemplo, el consentimiento para la venopuntura está implícito por la acción de presentar el brazo).

Límites del consentimiento informado

- El consentimiento es un derecho del enfermo, pero no es un derecho ilimitado.
- La profesión médica y la sociedad en su conjunto pueden imponer restricciones a la capacidad de elección de los pacientes.

- Por ejemplo:

- Los médicos no tienen obligación de realizar intervenciones dañinas para el enfermo o que sean médicaamente inútiles.
- Las normas de buena práctica médica también imponen restricciones. La selección de las técnicas corresponde exclusivamente al médico.
- La sociedad puede establecer límites a la capacidad de elección de los pacientes por razones de justicia distributiva.

La obtención del consentimiento informado es obligatorio; pero existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir del consentimiento informado, a esto se le llama excepciones del consentimiento informado.

Excepciones del consentimiento informado

- Urgencia: en un peligro inmediato y grave para el enfermo.
- Privilegio terapéutico: cuando la información puede resultar perjudicial para el paciente (actualmente está muy restringido).
- Pacientes incapaces para decidir, que no pueden otorgar un consentimiento válido.
- Renuncia expresa del paciente: el paciente renuncia a la información y deja voluntariamente que otros decidan por él (familiar o el propio médico).
- Tratamiento exigido por la ley, en los casos que representan un peligro para la salud pública (pruebas diagnósticas, vacunaciones, tratamientos forzados).
- Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada, ej. Un tumor o malformación que se encuentra en el curso de una laparotomía.

Justificación ética del consentimiento informado

Autonomía

- Reconoce la libertad para pensar y actuar siempre que no se vulnere la libertad de otros SH.
- Se debe poder decidir de acuerdo con los propios valores y preferencias, tras conocer la información relevante.

Beneficencia

- Obliga al médico a buscar el mayor bien del enfermo.

Lealtad, veracidad y respeto

- Obliga al médico a buscar el mayor bien del enfermo.

Consecuencias deseables del consentimiento informado

Beneficios para el paciente

- Le protege de resultados no deseados por él.
- Alivia temores injustificados y corrige ideas erróneas.
- Puede prever, planificar y adaptarse mejor a las dificultades futuras.

Beneficios para la relación médico paciente

- Produce mayor acercamiento y confianza.



- Disminuye recelos y alivia temores.
- Evita el engaño y la coacción.

Beneficios para la medicina

- Fomenta la racionalidad en la toma de decisiones.
- Estimula la autoevaluación y revela juicios de valor que hay en las decisiones.
- Introduce una mentalidad más probabilística y capaz de afrontar la incertidumbre.

Beneficios para el médico

- Ante la intervención, le alivia de la carga de decidir.
- Después, recibe menos quejas y consultas por motivos irrelevantes.
- En caso de complicaciones hay menos reproches y denuncias.

Beneficencia

Se llama beneficencia a la obligación de todos los profesionales sanitarios de ayudar a los pacientes a obtener lo mejor para los intereses médicos de estos. Ello supone que los profesionales deben actuar de forma positiva para lograr el bienestar de sus pacientes y evitar daños. Este principio ocupa el centro de la defensa de los intereses del paciente.

La beneficencia exige que los profesionales sanitarios sientan como una motivación propia el mejor interés del paciente, por encima de otras razones menos nobles (p. ej., reembolso).

Beneficencia paternalista

- Cuando el médico actúa desde un espíritu benevolente al proporcionar un tratamiento beneficioso que, en opinión del médico, es lo mejor para el paciente, sin consultar al paciente o anulando los deseos del paciente, se considera "paternalista".
- El caso más claro de paternalismo justificado se ve en el tratamiento de pacientes suicidas que representan un peligro claro y actual para ellos mismos.
- En algunos casos el principio de beneficencia tiene prioridad sobre el principio de respeto a la autonomía del paciente.
- En la medicina de emergencia. Cuando el paciente está incapacitado por la gravedad de un accidente o enfermedad, suponemos que la persona razonable querría ser tratada de manera agresiva, y nos apresuramos a brindar una intervención benéfica para detener el sangrado, reparar la rotura o suturar a la herida.
- En este caso, el deber de beneficencia requiere que el médico intervenga para salvar la vida del paciente o colocar al paciente en un entorno protector, en la creencia de que el paciente está comprometido y no puede actuar en su mejor interés en este momento.
- Los hechos del caso son extremadamente importantes para juzgar que la autonomía del paciente está comprometida.

No maleficencia

- La no maleficencia persigue como concepto, ante todo, no hacer daño.



- Es el núcleo del juramento hipocrático que prohíbe dañar al paciente, ya sea por acción u omisión.
- En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada, pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien.
- El principio de no maleficencia dentro de un contexto clínico puede decirse que consiste en producir un daño solamente cuando es inevitable y/o se ve compensado por el beneficio de la acción.
- Está claro que pueden ocurrir errores médicos; sin embargo, este principio articula un compromiso fundamental por parte de los profesionales de la salud para proteger a sus pacientes de cualquier daño.
- Por ejemplo, conocer el resultado de una prueba predictiva sobre el riesgo de un niño de padecer un cáncer, tal vez inflija un daño psicológico en los padres, el paciente y/u otros familiares, en los que provocará ansiedad o, en su caso, una falsa sensación de seguridad.
- En el curso del cuidado de los pacientes, hay situaciones en las que algún tipo de daño parece inevitable, y generalmente estamos obligados moralmente a elegir el menor de los dos males, aunque el menor de los males puede estar determinado por las circunstancias.
- Por ejemplo, la mayoría estaría dispuesta a experimentar algo de dolor si el procedimiento en cuestión prolongara la vida.
- Sin embargo, en otros casos, como el caso de un paciente que muere de carcinoma intestinal doloroso, el paciente puede optar por la RCP en caso de un paro cardíaco o respiratorio, o el paciente puede optar por renunciar a la tecnología de soporte vital, como la diálisis, o un respirador.
- La razón de tal elección se basa en la creencia del paciente de que una vida prolongada con una condición dolorosa y debilitante es peor que la muerte, un daño mayor.
- También es importante señalar en este caso que esta determinación fue hecha por el paciente, quien solo es la autoridad en la interpretación del daño "mayor" o "menor" para el yo.
- Las implicaciones para los profesionales sanitarios del principio de no maleficencia son varias:
 - Tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional.
 - Investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes en vistas a que sean menos dolorosos y lesivos para los enfermos.
 - Avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y, con ello, la realización de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

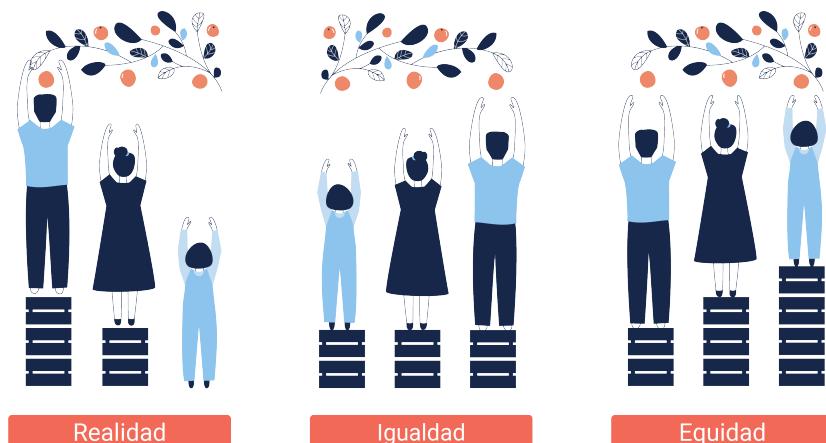
Justicia

Justicia sanitaria: igualdad frente a la asistencia y la distribución de los recursos





Figura 3
Justicia sanitaria



Nota. Tomado de **Justicia sanitaria [Ilustración]**, por Batshevs, 2020, [shutterstock](#). CC BY 2.0

Situaciones en el que el principio de justicia no es fácil de aplicar

- ¿A cuántos y a cuáles tratamientos se tiene derecho?
- ¿Cómo se deben seleccionarse los receptores en caso de trasplantes de órganos?
- ¿Cuál debe ser el comportamiento de la sociedad en caso de enfermedades causadas por los propios estilos de vida?
- Pruebas caras, que no pueden estar al alcance todos.
- Muchos pacientes no tienen acceso a profesionales con experiencia clínica.
- Pandemias.
- Catástrofes.

Principio de justicia

Se basa en la equidad social y en la solidaridad humana, en la división de los bienes y las cargas. En que todas las personas tengan las mismas oportunidades de diagnóstico y tratamiento en caso de enfermedad. En un plano individual supone que todas las personas tienen derecho a la igualdad en la atención médica, con independencia de factores como su sustrato étnico, la ubicación geográfica o la capacidad o no de pagar la asistencia.

Equidad en medicina, lo que significa que las ventajas y las cargas de la atención sanitaria deben repartirse de forma equitativa.

Hay dos criterios generales para abordar el difícil punto de la justicia:

- Uno el utilitarista de eficiencia social y máximo beneficio de acuerdo a las condiciones y disponibilidades.
- Y otro igualitarista que otorga los mismos beneficios ante igualdad de merecimientos.

Para respetar integralmente el principio de Justicia hay que respetar concomitantemente en cada acción la Beneficencia, la No maleficencia, y la Autonomía.



En la práctica, este noble objetivo es imposible de alcanzar para todos y cada uno de los pacientes. También resulta difícil para la sociedad en su conjunto, dado que la atención sanitaria es un recurso finito y, a veces, escaso.

Los problemas de la justicia sanitaria:

- **El acceso igualitario a la asistencia.**
- **La distribución equitativa de recursos escasos.**

Bioética y determinantes sociales de la salud

La justicia social es uno de los principios fundamentales de la bioética, la política y la epidemiología. Los determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.

En todos los países con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

La distribución equitativa de recursos escasos

En las últimas décadas, el coste de la asistencia ha estado creciendo exponencialmente, por encima del crecimiento económico general, por varios motivos:

1. **Aparición de nuevas tecnologías médicas y de nuevos tratamientos que son cada vez más caros y capaces de atender cada vez más problemas.**
2. **Aumento de la esperanza de vida y del porcentaje de ancianos que consumen una mayor cantidad de recursos.**
3. **Un nivel de exigencia sanitaria cada vez mayor que multiplica las consultas a los médicos.**

La universalización del acceso y hacer frente al incremento de los costes sin que esto afecte a la calidad de la atención sanitaria; es una de las respuestas desde el punto de vista ético.

Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, tal vez será necesario controlar el gasto sanitario y fijar unos límites a las prestaciones sanitarias.

Principios y criterios de justicia sanitaria

1. **Libertad en los intercambios: desarrollado por las teorías liberales y neoliberales.**
2. **Igualdad: aportado por las teorías socialistas.**
3. **Maximización del bienestar total: promovido por las teorías utilitaristas.**
4. **Prioridad a los más desfavorecidos: elaborado en la actualidad por las ideas contractualistas originadas en la teoría de la justicia de John Rawls.**
5. **Suficiencia: que pueden promover todas y cada una de las teorías anteriores. Si bien, cada teoría propone alcanzar un nivel de suficiencia distinto, que sería mínimo para las teorías liberales y máximo para las socialistas.**

Tabla 1
Medicina privada

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • No coacciona la libertad de los profesionales ni la de los pacientes. • Su gestión, inspirada por criterios empresariales, puede ser más eficiente. • Ofrecen incentivos económicos a la iniciativa individual y a la excelencia en el ejercicio. • Potencia, la responsabilidad de los individuos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permite desigualdades en la atención a necesidades básicas. • Provoca malestar y rencor social, como resultado de las desigualdades. • Monetariza la relación con el enfermo. • Invita al sobretratamiento cuando hay ganancia económica, o al descuido cuando no la hay.

Tabla 2
Medicina pública

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la desigualdad en la asistencia sanitaria. • Promueve con más facilidad el bienestar colectivo, y atiende a la salud pública aun cuando no resulte rentable. • Desmercantiliza la relación con el enfermo. • Permite instaurar indicaciones y actuaciones médicas adecuadas con independencia del costo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor eficiencia, cuando a nadie le importa el despilfarro y mal uso. • Carencia de incentivos para los profesionales, y coacciones a su libertad. • Despersonalización del trato, que se hace impersonal y burocrático. • Socavar la autorresponsabilidad que debe tener el enfermo para mantener y recuperar la salud.

Racionamiento de los recursos sanitarios

El constante incremento del gasto sanitario hace que cada vez sea más difícil mantener el ideal de una asistencia sanitaria universal, completa y gratuita. Y cada vez parecen más inevitables las medidas de racionamiento de los recursos sanitarios.

¿Es aceptable el racionamiento de los bienes sanitarios?

¿Hay alguna forma ética de racionar la sanidad?

Concepto y tipos de racionamiento

El racionamiento de bienes económicos es la instauración de medidas políticas de distribución de bienes cuya demanda excede a la oferta, en circunstancias que aconsejan establecer un precio fijo.

Por ejemplo: hambrunas, catástrofes, guerras, etc.





Racionamiento de tratamientos médicos, el conjunto de medidas de distribución de los recursos terapéuticos siguiendo principios y procedimientos distintos a los del libre mercado.

Racionamiento implícito

Es aquel al que se llega por situaciones de hecho, sin criterios expresados abiertamente; este siempre ha estado presente en la práctica de la medicina, impuesto por:

1. Niveles de atención dependientes de la capacidad económica o de la clase social.
2. Listas de espera.
3. Distribución geográfica desigual de los recursos.
4. Políticas de hecho que sobreestiman o desestiman ciertas posibilidades de la medicina.

Racionamiento explícito

Es aquel que se deriva de criterios formulados abiertamente por motivos de coste económico; existen dos modos de racionamiento explícito:

1. Descriptivo e inductivo: examinar las prácticas sociales existentes y extrapolar por analogía las situaciones nuevas.
2. Prescriptivo y deductivo: partir de principios de justicia, o tener en cuenta las consecuencias, con el fin de proponer determinadas prácticas.

¿Es ético racionar la sanidad?

Es éticamente inaceptable el racionamiento sanitario explícito, que priva de ciertos tratamientos a enfermos determinados, porque:

1. La asistencia sanitaria es un derecho fundamental.
2. La salud no tiene valor económico y que los distintos estados de calidad de vida no pueden cuantificarse en una forma que permita hacer comparaciones y elecciones.
3. Se cree que la demanda sanitaria no es inabarcable.

Lo más ético, según otros, es formular criterios justos de racionamiento explícito, porque en un futuro parece inevitable un racionamiento sanitario general, que ya ha aparecido en algunas áreas.

Y porque la salud puede empeorar paradójicamente si, por financiar la sanidad, se dejan de financiar áreas distintas a la asistencia médica directa (como el medio ambiente, la educación, el bienestar social, etc.).

Niveles y situaciones de racionamiento sanitario

El racionamiento sanitario puede realizarse en los dos niveles siguientes:

1. El nivel de la «macrodistribución» de los recursos.
2. El nivel de la «microdistribución» de los recursos.

El nivel de la «macrodistribución» de los recursos



Pertenece al gobierno y a las administraciones. Se aplica a las situaciones siguientes:

1. Asignación de presupuestos fijos a la sanidad, y promulgación de normas para su reparto y utilización en distintas áreas.
2. Establecimiento de catálogos de prestaciones.
3. Fijación de los mínimos o los máximos asistenciales que debe cubrir el sistema sanitario público.
4. Limitación de la asistencia en función de la edad, la calidad de vida o la maximización del beneficio sanitario global.

El nivel de la «microdistribución» de los recursos

Corresponde al médico clínico en la toma de decisiones sobre enfermos particulares:

1. Admisión en programas terapéuticos que solo tienen capacidad para atender a un número limitado de enfermos. Por ejemplo: la diálisis en sus inicios, cuando no había suficientes máquinas.
2. Establecimiento de prioridades entre los enfermos para la asignación de recursos terapéuticos escasos. Por ejemplo: para la recepción de órganos.
3. Situaciones de competencia entre dos o más pacientes por un determinado recurso terapéutico. Por ejemplo: el único respirador disponible o la última cama de cuidados intensivos.
4. Renuncia a realizar esfuerzos terapéuticos que son poco eficaces, o que tienen gran probabilidad de fracaso, con la finalidad de generar un ahorro al sistema sanitario. Por ejemplo: negar la cirugía cardíaca de alto nivel a un paciente mayor de 80 años.
5. Consignas y protocolos administrativos para el ahorro de medicamentos, o la prescripción de los más baratos.
6. Triaje: evaluación y clasificación de pacientes para establecer prioridades de tratamiento en situaciones de guerra o catástrofe. Por extensión, también se llama triaje a los procedimientos de priorización de enfermos en los servicios de urgencias o de cuidados intensivos.

Propuestas para mejorar la justicia distributiva de los recursos sanitarios

- Ajustar el nivel de esfuerzo social.
- Ajustar el concepto de salud.
- Instaurar una medicina sostenible.
- Redefinir los fines de la medicina:
 - Prevención de la enfermedad y promoción y mantenimiento de la salud.
 - Alivio del dolor y del sufrimiento humano causados por padecimientos de origen interno.
 - Cuidado y curación de quienes tienen padecimientos, y cuidado de quienes no pueden ser curados.
 - Evitación de las muertes prematuras, y aspiración a una muerte en paz.



Bibliografía

Sánchez, M. A. (2013) Bioética en ciencias de la salud. (1.^a edición), Barcelona, España: Elsevier.

Lecturas

- Wikipedia 2021, [William Robinson III de Spottswood - Spottswood William Robinson III.](#)
- Wikipedia 2021, [Consentimiento informado - Informed consent.](#)
- Capítulos 11-12 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.





Semana 4

Unidad 2. Principios de la bioética y derechos humanos (Parte 2)

Introducción

[**Kayros. Una historia de la Bioética**](#)

Principios de la bioética personalista

Bioética personalista

Persona humana y dignidad humana

La bioética personalista tiene como objetivo promover el bien íntegro de la persona humana, vértice de lo creado, eje y centro de la vida social.

«La dignidad está por encima de cualquier precio y, por lo tanto, no tiene equivalente» (E. Kant).

Dignidad:

- En el diccionario de la Real Academia y en el Espasa se le asignan, entre otras acepciones, las de excelencia, realce o, aplicado a un individuo o a un colectivo, se habla de poseer la calidad de digno, entendiendo como tal a la persona o grupo que es merecedora de ello.
- «Se aplica al que obra, habla, se comporta, etc. de manera que merece el respeto y la estimación de los demás y de sí mismo».
- Todos somos dignos, con independencia de nuestras características personales, como raza, edad, salud o cualquier otro elemento diferenciador.
- Desde que en 1948 el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos señalase que «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos».
- “La libertad, la justicia y la paz en el mundo tiene por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

Concepción ontológica de la dignidad humana

1. La dignidad humana debe entenderse como una cualidad inherente a cualquier ser humano.

- La dignidad es “la perfección o intensidad del ser que corresponde a la naturaleza humana y que se predica de la persona, en cuanto esta es la realización existencial de la naturaleza humana” (Javier Hervada).
- Precisamente esa dignidad se pone en juego cuando cualquiera se arroga el derecho de decidir que seres merecen el nombre de personas y cuáles no.



- Los débiles, los improductivos, los lisiados, los niños, los enfermos, podrían irse excluyendo progresivamente de la definición de persona, y la exclusión podría fácilmente justificarse atendiendo a razones de Estado y en última instancia de conveniencia. Frente a esto, no está de más recordar que la dignidad no es commensurable o graduable.

2. La dignidad implica el reconocimiento de una igualdad esencial entre los miembros de la especie humana.

- La dignidad no es un derecho humano, sino que constituye la misma fundamentación de los derechos humanos.

3. La dignidad no es un derecho humano, sino que constituye la misma fundamentación de los derechos humanos.

- “El interés y el bienestar del ser humano prevalecerán frente al exclusivo interés de la sociedad o de la ciencia”.
- Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

4. Del principio de la dignidad se debe derivar, como consecuencia lógica, la necesaria protección del derecho a la vida.

- La inviolabilidad de la vida humana desde su concepción hasta su término natural.

Principios de la bioética personalista

4 principios:

1. Principios de la defensa de la vida física.
2. Principio terapéutico o de la totalidad.
3. Principio de la libertad y responsabilidad.
4. Principio de socialización y subsariedad.

Principios de la defensa de la vida física

- Condición de cualquier valor.
- Esto implica el reconocimiento del valor personal de la vida corporal, y la exigencia del respeto a esa vida desde su concepción hasta su término natural.
- El cuerpo no puede ser considerado como un instrumento de la persona, porque forma parte de su propia esencia.

Principio de totalidad o principio terapéutico

- Por el bien de la totalidad del individuo, es lícito privarse de alguna parte como único camino para obtener el bien de la totalidad.
- Por ejemplo, hay que privar a la persona de un miembro cancerígeno para lograr que su salud sea mejor.
- Además, se suele exigir que la relación “todo-parte” sea restringida al individuo y no se aplique a la relación individuo-sociedad.
- Así, por ejemplo, no sería lícito acabar con la vida de una persona inocente para salvar a la sociedad de un peligro.



Principio de socialidad y subsidiariedad

- Consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la promoción de la vida y de la salud de la persona singular.
- Prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados.
- Deriva del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto a personas.

Principio de libertad y responsabilidad

- Debe procurarse que todos los que participan en una acción puedan ejercer conscientemente su libertad.
- Se trata de un concepto de libertad que no es simple, libre, arbitrio, sino que asume las consecuencias que lleva consigo la elección hecha.
- El valor moral no atenderá solo a la autonomía con la que se ha realizado la acción, sino también a la realización de la persona en esa elección.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Derechos humanos, bioética e investigación

Bioética y Derechos Humanos

La bioética global incluye a:

- Todos los seres humanos del presente.
- Los seres humanos del futuro.
- Todos los organismos vivos y el medio ambiente.
- Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no solo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948.
- La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la Unesco el 11 de noviembre de 1997.
- La Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la Unesco el 16 de octubre de 2003.

Alcance

1. La declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.



Objetivos

- a. Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética.
- b. Orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.
- c. Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.
- d. Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- e. Fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto.
- f. Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.
- g. Salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras.
- h. Estacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

- i. Dignidad humana y derechos humanos.
- ii. Beneficios y efectos nocivos.
- iii. Autonomía y responsabilidad individual.
- iv. Consentimiento.
- v. Personas carentes de la capacidad para dar su consentimiento.
- vi. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- vii. Privacidad y confidencialidad.
- viii. Igualdad, justicia y equidad.
- ix. No discriminación y no estigmatización.
- x. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- xi. Solidaridad y cooperación.
- xii. Responsabilidad social y salud.
- xiii. Aprovechamiento compartido de los beneficios.
- xiv. Protección de las generaciones futuras.
- xv. Protección del medio ambiente.

Lecturas

- Capítulos 11-12 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.

- [¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos.](#)
- Introducción a la antropología de Fernando Rielo, Acosta, Santiago; Cueva, Augusta; Dávalos, Viviana; González, M. Luján; de Rivas, Rosario, capítulo 2. La persona y capítulo 4. La libertad, Cengage, 2019.
- [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.](#)





Semana 5

Unidad 3. Bioética y salud pública (Parte 1)

Comités de ética: asistenciales, de investigación, disciplinarios

Comités de Ética

Análisis ético de los casos clínicos

Razonamiento ético y deliberación

- La ética clínica se ocupa de los deberes del profesional sanitario, pero para ello tiene que partir de los hechos y continuar con el análisis de los valores.
- Existen tres pasos rigurosamente necesarios en el estudio de cualquier problema ético:
 - La determinación de los hechos.
 - El análisis de los valores implicados.
 - La deliberación sobre los deberes.
- Este es el orden que debe seguirse en la práctica durante la deliberación de cualquier conflicto ético.

Análisis de ético de los casos clínicos:

- Método es la deliberación (Aristóteles).
- El objetivo de la deliberación es la toma de decisiones prudentes o razonables.
- No se trata de que todo el mundo adopte la misma decisión ante un caso concreto, sino que todos, tomen la que tomen, lleguen a decisiones prudentes.

La deliberación:

- El procedimiento para la toma de decisiones.
- Es un procedimiento complejo que exige conocimientos específicos, habilidades precisas y ciertas actitudes.
- Obliga al intercambio de opiniones entre personas.
- La deliberación exige humildad intelectual, además de capacidad de escucha y disposición para asumir que los otros pueden ayudarnos a ser más tanto más prudentes cuanto más difieran sus opiniones de las nuestras.
- La prudencia no exige actuar solo cuando se tiene certeza sobre algo; muy al contrario, lo prudente es tomar decisiones con incertidumbre.
- Si un médico de urgencias decidiera no tratar a sus pacientes hasta no disponer de todos los datos de laboratorio y las pruebas complementarias a fin de no equivocarse, no hay duda de que muchos de ellos morirían, y aunque esto último no sucediera, todos pensaríamos que actúa de modo imprudente.



Las tres dimensiones de la ética:

- **Dimensión cognitiva: nivel de los hechos.**
- **Dimensión estimativa: nivel de los valores.**
- **Dimensión práctica: nivel de los deberes.**

Los hechos clínicos

- **Analizar con todo cuidado los hechos clínicos, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.**
- **Porque los errores en los hechos los arrastraremos necesariamente en todos los pasos ulteriores del análisis.**
- **Sin una buena historia clínica, todo lo demás sobra.**
- **Ejemplo. Si se dice que una persona está en muerte encefálica y no lo está, todas las decisiones ulteriores que se tomen serán incorrectas.**

Los valores

- **Valores son todas aquellas cosas que son importantes para un ser humano y que nos exigen respeto.**
- **Ejemplos: la vida es un valor, la salud también es un valor, como lo es también el respeto de las creencias religiosas, o las tradiciones de las personas, etc.**
- **También son valores los derechos humanos (ética) y los principios de la bioética.**
- **Identificar el conflicto.**
- **Si no hay conflicto, no hay deliberación.**
- **Si la deliberación tiene por objeto ver cuál es la salida óptima de un conflicto moral.**
- **Y el conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores.**
- **Hay que identificar los valores en conflicto.**
- **Para que haya conflicto, tiene que haber dos o más valores que nos exijan respeto y que se opongan entre sí, o que no sea posible tomar en consideración a la vez.**
- **Ejemplos: En medicina es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida, y otro el bienestar del paciente, o la escasez de recursos, o sus creencias religiosas, etc.**

Los deberes

- **La ética es una disciplina práctica: siempre tiene por objeto hacer, tomar decisiones.**
- **Y la cuestión es saber qué decisión debemos tomar, es decir, qué debemos hacer.**
- **Lo que debemos hacer es siempre lo mismo, realizar valores positivos, lesionarlos lo menos posible.**

Marco jurídico y deontológico

- **Consiste en revisar qué dice el código deontológico médico, nuestra ley y los principales referentes sobre los problemas bioéticos encontrados.**
- **Es útil revisar los códigos internacionales.**

La norma

- **Cuando tratamos a un paciente estamos obligados a buscar para él la solución mejor, no simplemente una que no sea mala.**

- Esto hace que el enfoque ético y el jurídico sean distintos.
- La función del derecho es evitar conflictos sociales mediante el establecimiento de límites al libre ejercicio de la autonomía, de tal modo que cuando se traspasan esos límites se está infringiendo la ley.
- El derecho y la ética son distintas, aunque están muy relacionadas entre sí.
- La ética y el derecho son los principales sistemas normativos que tiene toda sociedad.



Reducciónismos éticos:

- Reducciónismo tecnocrático: es el que cree que basta conocer los hechos.
- Reducciónismo religioso: cree que basta los valores religiosos.
- Reducciónismo jurídico: cree que basta las normas legales.
- Reducciónismo metaético: considera que son suficientes los conceptos generales y los principios universales.

Procedimiento del análisis ético de los casos clínicos:

- Presentación del "caso" objeto de análisis.
- Aclaración de los "hechos" propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos).
- Identificación de los "valores" en conflicto en el caso.
 - Jerarquizar.
- Estudio de los "cursos de acción" posibles:
 - Cursos extremos.
 - Cursos intermedios.
- Identificación del (o de los) "curso(s) óptimo(s)".
- El marco "jurídico" de la decisión.

Procedimiento de toma de decisiones en la ética clínica

Primera parte: deliberación sobre los hechos

- Presentación del caso clínico.
- Análisis de los aspectos clínicos del caso (diagnóstico, pronóstico, tratamiento).

Segunda parte: deliberación sobre los valores

- Identificación de los problemas éticos que plantea.
- Elección del problema ético sobre el que se ha de deliberar.
- Identificación de los valores en conflicto en ese problema.

Tercera parte: deliberación sobre los deberes

- ¿Qué dice la ley, la norma, los derechos de los pacientes, los derechos humanos, la Constitución de la República, el COIP, etc.?

Cuarta parte: cursos óptimos

- Identificación de los cursos extremos de acción.
- Búsqueda de los cursos intermedios.

- Elección del curso o de los cursos óptimos de acción.

Quinta parte: pruebas de consistencia de los cursos óptimos

- Prueba de la legalidad. ¿Es legal el curso que has elegido?
- Prueba de la publicidad. ¿Estarías dispuesto a defender públicamente el curso que has elegido?
- Prueba del tiempo. ¿Tomarías la misma decisión si pudieras retrasarla unas horas o unos días?

Curso óptimo:

- En ética, cualquier decisión distinta de la óptima es moralmente incorrecta.
- En ética, cualquier decisión distinta de la óptima es moralmente incorrecta.

Decisión final:

- Luego de un exhaustivo análisis debe tomar una decisión final.

Casos clínicos

Caso de don Antonio:

- Don Antonio, de 75 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo, fue tratado hace 12 años con cirugía y radioterapia por un carcinoma localizado de amígdala y hace dos años recibió quimioterapia y radioterapia por un carcinoma epidermoide de lengua localmente avanzado, actualmente en remisión.
- Hace dos meses fue diagnosticado de un carcinoma de tercio medio esofágico avanzado, con afectación ganglionar, mediastínica y retroperitoneal. Ha recibido dos ciclos de quimioterapia, suspendida tras confirmarse progresión de la enfermedad y gran deterioro de su estado general.
- Don Antonio, de 75 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo, fue tratado hace 12 años con cirugía y radioterapia por un carcinoma localizado de amígdala y hace dos años recibió quimioterapia y radioterapia por un carcinoma epidermoide de lengua localmente avanzado, actualmente en remisión.
- Hace dos meses fue diagnosticado de un carcinoma de tercio medio esofágico avanzado, con afectación ganglionar, mediastínica y retroperitoneal. Ha recibido dos ciclos de quimioterapia, suspendida tras confirmarse progresión de la enfermedad y gran deterioro de su estado general.
- En el momento del diagnóstico del cáncer esofágico se le colocó, ante disfagia severa, una sonda nasogástrica de alimentación.
- Ingresa en el hospital por dolor abdominal, a pesar de recibir parches de fentanilo cada 72 horas, presentando una caquexia extrema, encamamiento, secreciones respiratorias de vías altas, desorientación, inquietud y gran desinterés por el medio.
- Su esposa refiere que el día antes del ingreso se arrancó la sonda porque le molestaba y está muy preocupada porque no puede tomar nada. Se le plantea no reiniciar la alimentación y ella pide irritada a una enfermera que "por lo menos, le pongan un gotero para alimentarlo".

Deliberemos el caso:

- ¿Cuáles son los hechos clínicos?
- ¿Qué valores están en conflicto?



- ¿Qué curso de acción tomamos?
- ¿Qué dice la norma?

¿Cuáles son los hechos?

- Se trata de un paciente con una neoplasia avanzada en progresión tras recibir tratamiento antineoplásico, con signos que sugieren que se encuentra en sus últimos días.
- Presenta diversos problemas sintomáticos como dolor no controlado, secreciones respiratorias y situación de fallo cognitivo.
- Los posibles beneficios de reiniciar una alimentación enteral parecen nulos, pero su esposa expresa sufrimiento ante la situación.

Valores en conflicto:

- Ante la petición de la esposa, al personal sanitario se le presenta un conflicto entre dos valores:
 - De una parte, atender a los ruegos de la esposa.
 - De otro, buscar el confort del paciente.

Posibles cursos de acción

Cursos extremos de acción:

- Intentar colocar una sonda nasogástrica de alimentación cumpliendo con el deseo expresado por la esposa.
- No alimentar ni hidratar al paciente, indicando a la esposa que "no serviría para nada".

Cursos intermedios de acción:

1. Comentar la situación ampliamente con la esposa, explicando la escasa influencia de la alimentación en la supervivencia del enfermo en este caso y nuestra intención de intensificar las medidas de confort.
2. Indicar a la esposa que participe activamente en el cuidado de la boca para prevenir la sequedad.
3. Establecer medidas de control del dolor, secreciones y fallo cognitivo. En este sentido, puede tener indicación una hidratación paliativa de alrededor de 1.000 ml en 24 h, ya que los metabolitos opioides pueden causar agitación en un enfermo deshidratado. Podría iniciarse indicando a la esposa que se retirará en caso de que no beneficie a su marido.
4. Iniciar una perfusión endovenosa para que la esposa crea que así se alimenta y se quede tranquila.
5. Comentar las decisiones en la reunión del equipo para establecer un plan de acción y transmitir a la esposa un mensaje homogéneo.

Curso(s) óptimo(s) propuestos:

- Incluirían una combinación de los puntos 1, 2, 3 y 5.
- El inicio de la alimentación por sonda nasogástrica para tranquilidad de la esposa muy posiblemente no cumpliría este objetivo y sobre todo, ocasionaría desconfort al paciente.



Semanas

1

2

3

4

5

6

7

8

- El curso 4 sería una forma de querer resolver el tema de forma rápida y parece menos adecuado.



Recurso

[**Caso, pasos a seguir para el análisis de casos éticos**](#)

Lecturas

- Capítulos 28 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.
- Reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos.





Semana 6

Unidad 3. Bioética y salud pública (Parte 2)

Dilemas éticos del inicio y fin de la vida

Preguntas

¿Cuándo se inicia la vida humana?

¿Es todo ser humano una "persona humana"?

¿Es todo "individuo" y/o "persona" humana digna de respeto?

Dilemas éticos al inicio de la vida

¿Cuándo se inicia la vida humana?

Definiciones

- El desarrollo de un individuo comienza con la fecundación, fenómeno por el cual un espermatozoide y el ovocito se unen para dar origen a un nuevo organismo, el cigoto (*Lagman's Medical embryology, Lippincott Willims and Wilkins*).
- Todo ser humano comienza como un cigoto, el cual alberga todas las instrucciones necesarias para construir el cuerpo humano, conteniendo alrededor de 100 trillones de células, una hazaña asombrosa (*Lodish H., Berk A. et al. Molecular Cell Biology*).
- El contenido del material genético de cada célula humana se denomina GENOMA.
- Químicamente, el material genético corresponde al ADN.
- Los genes corresponden a segmentos discretos de ADN que poseen información para sintetizar un producto.
- Epigenética.— Es aquella información heredable a través de las divisiones celulares que NO involucra a la secuencia del ADN.
- Epigenoma.— Cambios moleculares que modifican la expresión de los genes.
- La activación del genoma del cigoto es consecuencia de la reprogramación del patrón de expresión de los genes del cigoto.

Fecundación

Figura 4
Desarrollo de un embrión

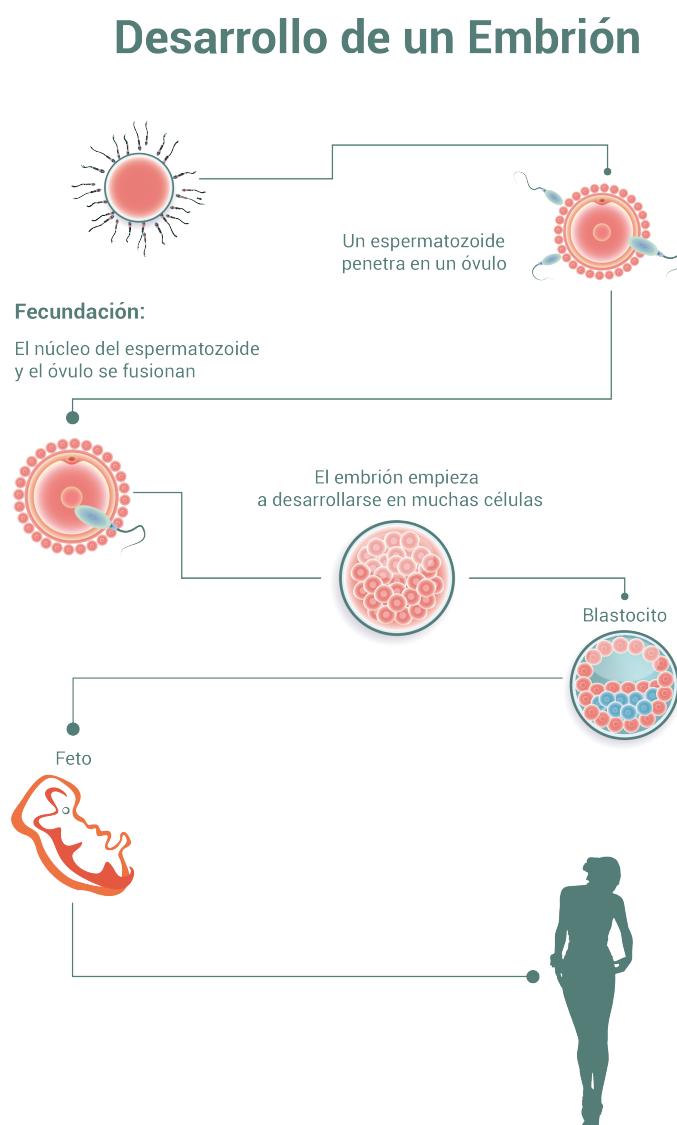
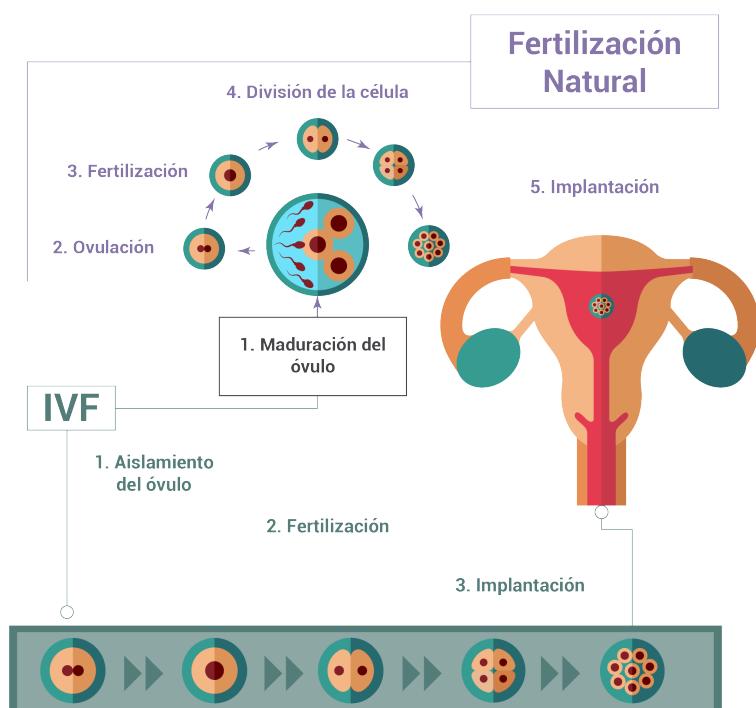


Figura 5
Desarrollo de un embrión

Desarrollo de un Embrión



Conceptos de concepción

- La RAE: define concebir como "quedarse preñada una hembra".
- La Corte Interamericana de Derechos Humanos introdujo el concepto de que la "concepción" equivale a la implantación.
- Las palabras claves: la literatura científica consideran que "*conception*" y "*fertilization*" (fecundación) son equivalentes.

La esterilidad es un hecho biológico.

La fecundidad trasciende a los límites biológicos, la maternidad y la paternidad son situaciones afectivo-dinámicas y conductuales, ricas en afectos, energías, fantasías, sueños y pensamientos.

Cuestiones éticas al inicio de la vida

Estatuto e identidad del embrión

El embrión tiene algunas características:

Individualidad

- Recombinación de 2 patrimonios genéticos.
- La pérdida de las células embrionarias totipotenciales.
- La implantación.
- La diferenciación de las 3 hojas embrionarias.
- La presencia de la actividad unificadora del sistema nervioso central.
- La presencia de un aspecto humano.



La tutela del embrión humano

- Reconocerlo como persona humana, significa reconocerlo titular de derechos como los sujetos ya nacidos.
 - Derecho a la defensa de la vida física.
 - El derecho a la integridad genética.
 - Derecho a salvaguardar la salud.
- La vida del embrión debe considerarse inviolable y no instrumentalizable en relación con un fin exterior.
 - Ni la investigación experimental.
 - Ni la producción de células y tejidos con fines farmacológicos o de trasplantes.
 - Ni la voluntad procreadora o no procreadora de los padres.
- El embrión tiene valor propio de la persona humana y, por tanto, merece tutela en sentido amplio.

Dignidad del embrión humano

- El embrión humano es un ser humano con dignidad intrínseca.
- Titular del derecho a la vida y acreedor de todos los derechos y garantías otorgados por las distintas leyes.
- Incluidas las Constituciones de la mayoría de los países del mundo y en los tratados internacionales protectores de derechos humanos.

El embrión-feto como paciente

- Es una relación interpersonal, son dos personas relacionadas por un vínculo de necesidad y ayuda.
- Es de naturaleza tan implícita que ni siquiera requiere un contacto físico inmediato ni una comunicación, ya que se establece tácitamente incluso contra la posición de sus familiares, si el bien de esta persona a su cuidado así lo amerita.
- La naturaleza personal de él, su condición de vulnerabilidad y su imposibilidad de solicitar ayuda, lo convierten en uno de los seres humanos más necesitados de la acción de un médico.

Cuestiones éticas al inicio de la vida

- Es razonable aceptar entonces que ante el embrión humano tenemos obligaciones de protección.
- Estas obligaciones, expresadas en términos de principios bioéticos, deberían fundamentarse aplicando los principios de no maleficencia y de justicia.
- Y por ser el embrión humano una entidad que posiblemente llegará a ser una persona, desde la ética de la responsabilidad, también existen deberes de protección como los hay con las generaciones futuras.

Congelación y conservación de embriones humanos

Crio preservación de embriones



Motivos de la crioconservación:

- Embriones para la adopción prenatal o para la maternidad subrogada.
- Bancas de embriones que sirvan luego como material biológico para la investigación o experimentación.
- Este acto es de suyo ilícito dado que no respeta la naturaleza misma de la sexualidad humana y hiere la unidad de los significados unitivo y procreativo del acto conyugal.

Durante el año 2008 se realizaron en Europa 405.091 ciclos de alta complejidad (FIV/ICSI), con una tasa de 20,7 % de recién nacidos por ciclo iniciado.

- 70 a 80 % de ellos hubo criopreservación de al menos un embrión.
- 97120 ciclos de descongelación embrionaria con transferencia uterina, con una tasa de 13,7 % de recién nacidos por ciclo de embriones descongelados.
- Entre los años 2004 y 2010 existió una prohibición legal de realizar crio preservación embrionaria, limitando el número de ovocitos a fertilizar a 3 por ciclo.
- Existe una tasa de recién nacidos por transferencia de 21,6 % por ciclo fresco (embriones no congelados).
- Criopreservación de los ovocitos sobrantes, reporta tasas de recién nacido de 11,6 % por transferencia.
- Chile:
 - Tasas de 22 % de recién nacidos por ciclo entre los años 2007 y 2012, con una tasa de embarazo múltiple de 24 %, de los cuales solo 14 % del total fue de alta multigestación (tres o cuatro recién nacidos).

Dilemas éticos de la criopreservación

- La pregunta ética para el caso de las técnicas de medicina reproductiva es si la criopreservación de embriones cumple con la obligación moral de protección.
- Si los embriones son desechados, por abandono o decisión de sus progenitores, queda claro que no se les respeta ni se les protege.
- Si los embriones son mantenidos indefinidamente congelados, resulta difícil aceptar este trato como respetuoso.

Aborto

Definiciones

Aborto:

- La palabra aborto se deriva del latín *aboriri*, abortar.
- El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.
- En inglés existen dos términos para referirse al aborto, *miscarriage* y *abortion*, que son sinónimos.
 - *Abortion* se utiliza para referirse a la interrupción inducida del embarazo.
 - *Miscarriage* para referirse a la expulsión espontánea del feto.



Viabilidad:

- La viabilidad yace entre las líneas que separan al aborto del parto de pretérmino.
- Se define por la duración del embarazo y el peso del feto para fines estadísticos y legales.
- El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales.
- Es la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación o con feto que nace con un peso <500 g. (National Center for Health Statistics, los Centers for Disease Control and Preventiony la Organización Mundial de la Salud).
- Estos criterios son contradictorios debido a que el peso promedio de un feto de 20 semanas es de 320 g, mientras que 500 g corresponden al peso promedio entre las 22 y 23 semanas (Moore, 1977).

Aborto espontáneo:

- Se define como la pérdida del producto de la concepción sin intervención externa antes de la viabilidad.
- El término "pérdida" es un término utilizado por las mujeres para referirse a un aborto espontáneo; se emplea a menudo porque las pacientes asocian la palabra "aborto" con la terminación electiva del embarazo.
- Otra terminología, de uso clínico, que se ha recomendado para evitar la palabra aborto, y que reconoce los aspectos emocionales asociados es "falla precoz del embarazo" (early pregnancy failure).
 - El aborto espontáneo es la complicación más frecuente de cualquier gestación.
 - Un 15 % de los embarazos clínicos terminan en aborto.
 - Aproximadamente el 25 % de las mujeres experimentarán un aborto clínicamente reconocido a lo largo de su vida reproductiva.
 - Hasta 30 a 50 % de los embarazos se detienen precozmente en su desarrollo, que generalmente la mujer no alcanza a reconocer por presentar escaso o ningún atraso menstrual.

Aborto terapéutico:

- Es aquellas interrupciones en las cuales lo buscado finalmente es la salud de la madre.
- Salud materna se puede invocar de diferentes maneras:
 - Casos en los cuales la vida de la madre está en riesgo.
- Es importante distinguir si la muerte del embrión o feto es directa o indirecta: La razón de la salud es tan solo social o psicológica:
 - Como medio para lograr esa salud materna.
 - Ocurre como efecto no deseado.
- Ejemplos:
 - Síndrome hipertensivo del embarazo.
 - Infecciones ovulares.
 - Trofoblasto activo en los embarazos tubáricos.



- El feto va a morir de continuar la gestación.

- El feto muere al curar el médico la enfermedad.

Aborto provocado:

- Es aquella interrupción voluntaria de un embarazo por la cual se causa directamente la muerte del embrión o feto, habitualmente antes que este alcance la viabilidad.
- **Aborto eugenésico.**— La muerte directa del feto buscada como medio.
 - Ej. Aborto por violación, donde el fin último es salvaguardar la honra de la víctima.
 - Enfermedades congénitas. Por ejemplo, en países europeos con leyes permisivas, el aborto provocado en casos de trisomía 21 (causa del síndrome de Down) alcanza entre 76 % y 96 % de todos los casos diagnosticados.

Limitación del esfuerzo terapéutico

Casos de limitación del esfuerzo terapéutico

Caso de Terri Schiavo

Caso Karen Quinlan

Figura 6
Karen Quinlan



Nota. Adaptado de *Karen Quinlan* [Fotografía], por Duane, J., 1980. CC BY 2.0

El 15 de abril de 1975, durante una fiesta de un amigo en la que Karen Quinlan, que no había comido apenas nada en dos días para poder usar un vestido que se había comprado, consumió alcohol y tranquilizantes. Poco después comenzó a sentirse mareada y, más tarde, se quedó inconsciente y sin respiración. Todo ello le ocasionó un daño cerebral tan grande que se quedó en estado vegetativo, precisando la conexión a un respirador. Sus padres solicitaron la retirada del respirador.

Ver el caso completo en esta [dirección](#).

- Se utiliza en el contexto de la ética sanitaria para hacer referencia a una práctica habitual consistente en dejar de aplicar o no iniciar determinados tratamientos que

pueden resultar en desproporcionados, en el caso de pacientes en los cuales no se espera ningún beneficio o recuperación por la aplicación de los mismos.

- La continuidad en la dispensación de determinadas técnicas médicas puede suponer más un daño para el enfermo y su propia dignidad como persona, que una mejoría real en su estado clínico.

- ¿Qué tratamientos?

- Transfusiones.
- Ventilación mecánica.
- Diálisis.
- Administración de antibióticos.
- Alimentación e hidratación.

Encarnizamiento u obstinación terapéutica

- Aplicar todos los medios técnicos y humanos de que disponemos para mantener con vida al paciente, a pesar del daño que podamos provocarle en su esencia como persona y sin esperar algún tipo de respuesta positiva en su estado de salud.
- El ensañamiento terapéutico provocaría un elevado sufrimiento y una prolongación de la agonía, no solo para el paciente en sí mismo, sino para todos los que le rodean, familiares, personal sanitario.

Mantenimiento de soporte vital

- Se define como el conjunto de técnicas o actuaciones médicas que tienen como finalidad mantener al enfermo con vida.
- Ayudar a prolongar de un modo artificial la vida del organismo y a demorar la muerte.
- Tipos de cuidados:
 - Cuidados mínimos:
 - Los cuidados de carácter imprescindible (mínimos) se refieren a los cuidados básicos de enfermería, a la alimentación y a la hidratación.
 - Cuidados extraordinarios:
 - Pueden ser considerados como cuidados extraordinarios las máquinas y otros mecanismos tecnológicos que consiguen mantener al paciente con vida.

Retirada de medidas de soporte vital

- Está incluida dentro de la limitación del esfuerzo terapéutico.
- Es más problemática para los profesionales y los familiares.
- La impresión de tener una influencia directa en la evolución fatal contribuya a estas dificultades.

Proporcionalidad, la futilidad clínica

- La proporcionalidad trata de evaluar los efectos positivos del tratamiento y los negativos como la falta de confort o el dolor.



- La futilidad tiene relación con la utilidad de los tratamientos; decimos que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 5 % de los enfermos tratados.

Criterio de proporcionalidad terapéutica

- Debe valorarse de un modo más cualitativo que cuantitativo la proporcionalidad entre las técnicas que se pueden aplicar y los resultados que se espera que produzcan en el paciente, evaluando costes y beneficios, pero siempre analizando al paciente y su contexto desde un punto de vista holístico y no únicamente físico.
- Hay situaciones en las que la curación no es posible, pero sí los son el cuidado, el consuelo, el apoyo, el acompañamiento, el consejo, la serenidad, etc., tanto dirigidos al paciente como a quienes le rodean.

Cuidados paliativos, muerte digna, eutanasia

La obligación de respetar y proteger la dignidad de las personas con enfermedad terminal deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida.

Los cuidados paliativos es una medicina reconocedora de la dignidad del ser humano.

- **Definición OMS:**
 - “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva, donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales, cobran la mayor importancia.
 - El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
- **La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.**
- **Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.**
- **Al hablar de cuidados paliativos no estamos hablando de ayudar a la gente a morir, sino de ayudarles a vivir sus últimos momentos de la forma más digna y cómoda posible, respetando en todo momento sus derechos fundamentales.**
- **Deben procurar mejorar la calidad de vida del enfermo.**
- **Deben luchar por conseguir el mayor bienestar posible.**
- **Deben evitar problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales y de ser necesario, procurar que la persona en fase terminal no sufra innecesariamente el encarnizamiento terapéutico y que su voluntad será respetada, para lo cual es indispensable una veraz información y comunicación.**
- **Algunos países han reconocido el derecho a la muerte digna como un derecho de rango constitucional.**
- **En las cuales se sentaron las bases de la existencia de un derecho constitucional a recibir cuidados paliativos adecuados.**
- **Las peticiones de eutanasia disminuyen cuando se mejora la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos.**

“Muerte digna”

- **Morir dignamente significa sentirse cuidado y querido, como ser único e irrepetible también ante la muerte.**





- Muerte digna es a menudo utilizada de forma distorsionada, ambigua y asociada con frecuencia con la eutanasia.
- La Conferencia Episcopal Española ha incursionado en la reflexión sobre una auténtica muerte digna:
 - El derecho a no sufrir inútilmente.
 - El derecho a que se respete la libertad de conciencia.
 - El derecho a conocer la verdad de su situación.
 - El derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter.
 - El derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares y amigos.

Eutanasia

- Eutanasia nos referimos a los actos que tienen por objetivo terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal e irreversible.
- La eutanasia debe ser activa (tiene una acción: administrar una dosis letal de un producto) directa (su efecto inmediato es acabar con la vida) y voluntaria (a petición del sujeto).
- Si no se reúnen estas características, no se trata de eutanasia.

No son moralmente rechazables acciones u omisiones que no causan la muerte por su propia naturaleza e intención, como:

- La administración adecuada de calmantes (aunque ello tenga como consecuencia el acortamiento de la vida).
- La renuncia a terapias desproporcionadas (el llamado "ensañamiento terapéutico"), que retrasan forzadamente la muerte a costa del sufrimiento del moribundo y de sus familiares.
- La muerte no ha de ser causada, pero tampoco absurdamente retrasada.

Voluntades anticipadas

- Los "testamentos vitales", "instrucciones previas" o "voluntades anticipadas" son documentos escritos en los que una persona capaz manifiesta anticipadamente su voluntad de oponerse a la aplicación de tratamientos fútiles que prolonguen su vida cuando no esté en condiciones de decidir. Estos deben darse en forma competente, voluntaria, consciente y siendo mayor de edad.
- En Ecuador no existe una tradición en el uso de las voluntades anticipadas. Esto se puede atribuir por no contar con la participación del paciente en las decisiones acerca de los tratamientos en el curso de la enfermedad, bien por delegar su decisión a otros, bien porque su decisión no habría diferido de esas decisiones.
- Fundamento ético de las voluntades anticipadas.
 - Consentimiento informado, expresión de autonomía y responsabilidad de cada persona, a través del cual, cada individuo participa en las decisiones sobre su propio cuerpo y su propia salud, siendo reconocido universalmente también como un derecho de las personas.

Lecturas

- Novoa, F. (2007). [La historia de Terri Schiavo.](#)

- *Diario ABC* (2011). [«Los padres de Karen Quinlan siguen pidiendo la muerte piadosa de su hija».](#)
- Capítulos 18, 22, 25 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.
- Lailla, J. (2018). Aspectos bioéticos en obstetricia. Objeción de conciencia, González-Merlo. *Obstetricia*, 48, 713-716, Elsevier
- Baker JI. [Ethics at the end of life](#). Medicine.
- Registro Oficial Suplemento 53 de 29 (2022). Interrupción voluntaria de embarazo en caso de violación.





Semana 7

Unidad 4. Bioética de la investigación

Investigación en seres humanos y declaraciones que rigen la investigación en seres humanos en el país

Comités de Ética

- Es cualquier clase de investigación realizada en seres humanos, que tiene como objetivo un beneficio para la sociedad.
- Por lo tanto, incluye la responsabilidad de garantizar el rigor científico, ético, legal, metodológico; que respetan y protejan a los participantes.

Códigos de ética:

Los códigos éticos nacieron como consecuencia de las reflexiones éticas posteriores al conocimiento de abusos históricos.

Objetivo:

"Proteger la dignidad, los derechos, el bienestar y la seguridad de los seres humanos participantes de estudios, dentro del contexto de un protocolo de investigación".

Figura 7
Desarrollo de los principios de la bioética

Historia



Nota. Vallejo, M. (2023).

Código de Nüremberg:

- Promulgado en 1948, como resolución del proceso judicial contra los médicos nazis.

- Será el primer protocolo internacional de ética de investigación con seres humanos.
- Establece dos requisitos fundamentales:
 - El consentimiento informado como expresión de la voluntad del sujeto.
 - La cualificación del investigador como garantía del proceso de investigación.



Declaración de Helsinki:

- Promulgada por AMM en 1964, dos años después de prohibirse la talidomida.
- Es una actualización de las normas éticas que deben guiar la experimentación con seres humanos.
- Será revisada y actualizada 1975 (Tokio), 1983 (Venecia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica), 2000 (Edimburgo) y 2002 en Washington.
- Promulgada por AMM en 1964, dos años después de prohibirse la talidomida.
- Es una actualización de las normas éticas que deben guiar la experimentación con seres humanos.
- Será revisada y actualizada 1975 (Tokio), 1983 (Venecia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica), 2000 (Edimburgo) y 2002 en Washington.

Informe de Belmont:

- En 1974, dos años después del escándalo del experimento de Tuskegee, el Congreso de los EE. UU. encarga a un comité de expertos una guía para la protección de los sujetos humanos en investigación.
- En 1979, se establecen tres principios básicos: Respeto por las personas, beneficencia, justicia.
 - El consentimiento informado plasma la autonomía y voluntariedad de los sujetos.
 - Los principio de Beneficencia/no-maleficencia se traducen en maximizar los beneficios y acotar los riesgos.
 - La justicia: la selección de los sujetos:
 - La proporcionalidad.
 - La vulnerabilidad.

Pautas CIOMS:

- En 1982 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (CIOMS).
- Cuyo objetivo fue y sigue siendo proporcionar principios éticos con especial atención a la investigación en entornos de escasos recursos.
- Cuatro versiones, la última en 2016; hace énfasis en el involucramiento de la comunidad en la investigación.

Guía de buenas prácticas clínicas:

- Armonización de conductas para los ensayos clínicos en la industria farmacéutica en Estados Unidos de América, la Unión Europea y Japón.
- Objetivo evitar la duplicación de los estudios, haciendo que los datos generados en un país sean admisibles en otros países y acelerar el proceso de desarrollo de medicamentos.



Agencias reguladoras de medicamentos:

- Los ensayos clínicos con medicamentos y otros productos sanitarios están estrictamente regulados por una legislación específica de cada país.
- FDA.
- Agencia Europea de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- ARCSA (Ecuador).

La transparencia de los ensayos clínicos:

- Exigida por la Declaración de Helsinki en la revisión de 2013.
- Y promovida por la OMS, quien indica que el registro, la publicación y el acceso del público a los contenidos relevantes de los ensayos clínicos es una responsabilidad ética y moral.

Aprobación de ensayos clínicos:

- Ser metodológicamente correcto.
- Los beneficios para los sujetos justifican los riesgos.
- Los derechos, la seguridad, la dignidad y el bienestar de los sujetos prevalecen sobre cualquier otro interés.
- Se documenta el consentimiento informado antes de la inclusión en el ensayo, libremente expresado.
- Se respeta los derechos del sujeto a su integridad física y mental y a su intimidad.
- La atención sanitaria que se dispense y las decisiones médicas que se adopten son responsabilidad de un médico.

Historia de los ensayos clínicos en América Latina:

- 1981.— Perú fue uno de los primeros países en regular la investigación en seres humanos.
- 1995 el MSP del Perú autorizó la realización del primer ensayo clínico.
- 2005 hubo un pico en el registro de ensayos clínicos debido a que las revistas médicas de mayor impacto, tenía como requisito para la publicación de los resultados, una revisión previa por un CEISH oficial.

En el Ecuador:

- 1996, Centro de biomedicina de la Universidad Central del Ecuador.
- El Ministerio de Salud Pública del Ecuador es el órgano regulador que rige todo tipo de investigación en seres humanos.
- Las normativas éticas que regula la investigación clínica en el Ecuador son:
 - La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos.
 - La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
 - Las Pautas Éticas Internacionales (CIOMS).

Comités de ética de investigación:

Finalidad

- Evaluar los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de los protocolos de investigación con seres humanos.

- **Evaluar modificaciones y dar seguimiento a proyectos aprobados.**

Evaluación de protocolos

- **Integridad y el valor científico.**
- **Calificación de los investigadores.**
- **Valor social.**
- **Participación de la comunidad.**
- **Proceso de selección de los participantes.**
- **Balance riesgo-beneficio.**
- **Consentimiento informado.**
- **Privacidad y confidencialidad.**
- **Compensación económica.**



¿Qué proyectos deben ser revisados por un CEISH?

- **Todos los proyectos que involucren seres humanos.**
- **Algunas investigaciones pueden estar exentos del requisito de revisión.**
- **El CEISH evaluará si un proyecto califica o no de exenciones.**
- **Un investigador no puede emitir su propia exención.**

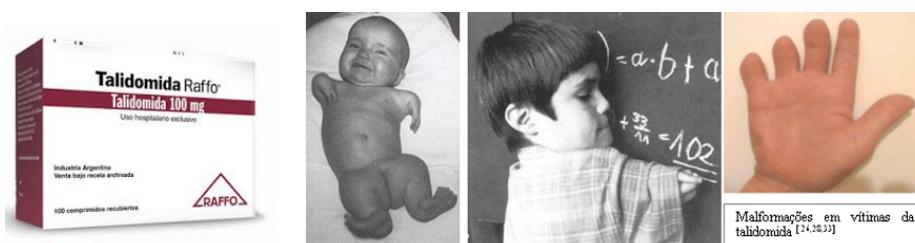
Estudios poco éticos a lo largo de la historia

Investigación en seres humanos

En el pasado siglo se cometieron muchos abusos en nombre de la ciencia, baste recordar los experimentos de Auschwitz y Tuskegee. Esto llevaría a promulgar códigos éticos aún vigentes. El desarrollo actual de la biotecnología ha propiciado un avance tal en el campo del conocimiento genético que precisa de posicionamientos éticos de los investigadores y de la sociedad.

Caso la talidomida

Figura 8
Caso la talidomida



Empleo de la Talidomida (1958). Se usó antes de haber investigado en seres humanos. Se usó como sedante y antídoto para náuseas en las primeras semanas de embarazo. Causó deformidades en 8000 víctimas.

El meta-análisis de Beecher

Figura 9
El meta-análisis de Beecher

1966: ARTICULO DE HENRY K. BEECHER



Henry Knowles Beecher
(1904-1976)

The New England
Journal of Medicine

Copyright, 1966 by the Massachusetts Medical Society
Volume 274 JUNE 16, 1966 Number 24
Reprinted from pages 1154-1160.

SPECIAL ARTICLE
ETHICS AND CLINICAL RESEARCH*

HENRY K. BEECHER, M.D.
BOSTON

HUMAN experimentation since World War II has created some difficult problems with the increasing emphasis on patients as experimental subjects. It must be admitted that these problems could not have been avoided if they had been truly aware of the uses that would be made of them. Ethical committees of the medical profession have the examples to follow never had the risk satisfactorily explained to them, and it seems obvious that further efforts have to be made to do this. The subjects of an experiment although grave consequences have been suffered in a diverse range of experiments described here. There is no question that in more sophisticated circles that attention to these matters would block progress. It is not, according to Pope Pius XII, that it is right to highlight the "ethics" in which all other orders of values . . . should be below.
REASONS FOR URGENCY OF STUDY
Ethical crises are increasing not only in numbers but in variety — for example, in the recently added problems arising in transplantation of organs. The author expresses the hope that more serious attention to the general problems is urged.
Of transcendent importance is the enormous and continuing increase in available funds, as shown elsewhere.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566401/?tool=pubmed>

Un anestesista de Boston de nombre Henry K. Beecher publica en 1966 en The New England Journal of Medicine un artículo sobre la ética de los estudios de investigación con seres humanos que se están realizando en esa fecha en los EE. UU. El resultado no puede ser más demoledor, hay 22 estudios que se realizan en condiciones no éticas.

El autor analiza y clasifica estas condiciones y sus motivaciones. Entre las más frecuentes:

- Ausencia de terapia efectiva conocida en grupo de control (Ética del placebo).
- Estudios de toxicidad por encima de dosis tóxicas conocidas.
- Uso de niños de orfanatos y otros sujetos vulnerables en estudios en los que no eran beneficiarios.
- Ausencia de consentimiento informado en muchos de ellos, etc.

El autor se plantea si deben publicarse los estudios no éticos y aconseja no hacerlo como medida de disuasión.

- Primeras normativas del NIH sobre estudios en seres humanos con fondos públicos (1967).

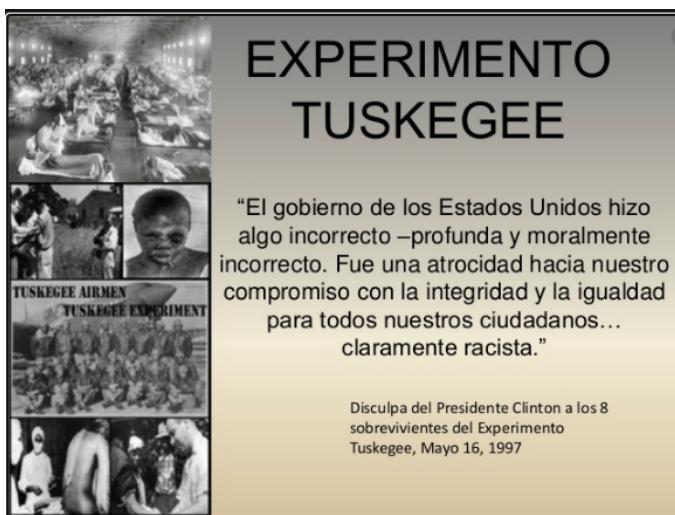
Nueva York, 1963:

- Hospital Judío de Enfermos Crónicos de Brooklyn.
- 22 pacientes ancianos fueron inyectados con células cancerosas sin su consentimiento para descubrir la capacidad de rechazo.
- Se suspendió las licencias a los investigadores y luego se les excusó quedando bajo vigilancia.

Tuskegee, 1932-1972



Figura 10
Tuskegee, 1932-1972



Nota. Adaptado de *Experimento Tuskegee [Ilustración]*, por Ali454, 2014, [slideshare](#). CC BY 2.0

- Alabama: estudio de la historia natural de la sífilis en 400 pacientes negros a quienes no se les informó de su enfermedad y no se les indicó tratamiento con penicilina cuando estuvo disponible.
- Los investigadores publicaron 13 artículos en revistas médicas de importancia.
- La investigación concluyó que el estudio había sido "injusto éticamente".
- "El gobierno de los Estados Unidos hizo algo incorrecto –profunda y moralmente incorrecto–. Fue una atrocidad hacia nuestro compromiso con la integridad y la igualdad para todos nuestros ciudadanos claramente racistas" (disculpas del presidente Clinton a los 8 sobrevivientes del experimento Tuskegee, 16 de mayo, 1997).

Investigaciones fraudulentas

La historia de cómo nació el mito del vínculo de las vacunas y el autismo

**Figura 11****La historia de cómo nació el mito del vínculo entre las vacunas y el autismo**

La historia de cómo nació el mito del vínculo entre las vacunas y el autismo

26 de febrero de 1998

en Londres, el médico Andrew Wakefield presentó una investigación preliminar, publicada en la prestigiosa revista científica *The Lancet*, en la que decía que doce niños vacunados habían desarrollado comportamientos autistas e inflamación intestinal grave.



La revista *The Lancet* se retractó del estudio publicado una década antes, diciendo que sus conclusiones eran "totalmente falsas".

En 2010 el Consejo General de Medicina de Reino Unido falló que Wakefield "no era apto para el ejercicio de la profesión", calificando su comportamiento como "irresponsable", "antiético" y "engañoso".

Nota. Adaptado de *La historia de cómo nació el mito del vínculo entre las vacunas y el autismo [Ilustración]*, por Adamo, P., 2017, [bbcnewsmundo](#). CC BY 2.0

Y la organización estadounidense Autism Speaks, dedicada al estudio y el debate sobre el autismo, decidió posicionarse a favor de la vacunación, "Las vacunas no causan el autismo", escribió la entidad en su sitio web en 2015. "Les pedimos encarecidamente que vacunen a todos los niños".

Wakefield tenía conflicto de intereses

En cuanto a Wakefield, en 2004 se descubrió que antes de la publicación de su artículo en *The Lancet*, había pedido la patente para una vacuna contra el sarampión que competiría con la MMR, algo que se interpretó como un conflicto de intereses.

Estudio sobre cáncer con pacientes 'inventados'.

(Médico noruego)

**Figura 12****Médico noruego**

Nota. Adaptado de *Médico noruego [Fotografía]*, por Sudbo, J., 2022, [alchetron](#). CC BY 2.0

El Dr. Jon Subdo inventó pacientes e historias para el estudio publicado en la prestigiosa revista The Lancet en octubre de 2005.

Manipuló datos de artículos publicados en: The New England Journal of Medicine (abril de 2004) The Journal of Clinical.

Oncology (marzo de 2005), The Lancet (octubre de 2005).

Un experto en cáncer 'inventó' los pacientes para un estudio que concluía que los analgésicos comunes podrían ser beneficiosos para el cáncer oral.

El Dr. Richard Horton, editor de The Lancet... Describió la fabricación de los datos como un 'tragedia personal terrible' para el Dr. Subdo.

"El proceso de revisión por los pares es bueno para identificar estudios pobemente diseñados, pero no está pensado para captar investigación fabricada", expresó.

"Igual que en una sociedad no se puede prevenir siempre el crimen, en ciencia no siempre se puede prevenir la fabricación".

Una investigación de [The Guardian](#) arrojó dudas sobre el origen de dos estudios publicados en [The Lancet](#) y [New England Journal of Medicine \(NEJM\)](#).

Hidroxicloroquina: The Lancet retira el estudio que llevó a la OMS a suspender su uso.

Figura 13

Hidroxicloroquina: The Lancet retira el estudio que llevó a la OMS a suspender su uso

15:12 | 05 de junio 2020
complejidad | 6.8

COVID-19: dos importantes revistas científicas se retractan de estudios sobre el uso de hidroxicloroquina



El estudio en cuestión llegaba a la conclusión de que la hidroxicloroquina no es beneficiosa para los pacientes hospitalizados de covid-19 e incluso puede ser perjudicial.

Se volvió tan influyente entre la comunidad científica y las autoridades por el tamaño de la muestra.

Dudas sobre la base de datos utilizada, que al parecer presenta serios defectos de forma y contenido. "Expresión de dudas sustantivas".

Los dos estudios se basaron en datos de Surgisphere Corporation. Una compañía de recolección de datos.

El Dr. Sapan Desai, propietario de la compañía, es uno de los cuatro autores que figuran en el estudio *The Lancet*.

Surgisphere no proporcionaría los conjuntos de datos completos para una revisión por pares independiente de terceros. Surgisphere rechaza compartirla alegando problemas con la cláusula de confidencialidad que acordó con los pacientes.

Preocupaciones tanto metodológicas como de integridad de los datos. Incoherencias en las dosis administradas en algunos países. Cuestiones éticas relativas a la recopilación de información y la negativa de los autores a dar acceso a los datos en bruto.

Los autores concluyeron que ya no podían respaldar la veracidad de los datos que utilizaron.



"Todos entramos en esta colaboración para contribuir de buena fe y en un momento de gran necesidad durante la pandemia de COVID-19", escribieron tres de los autores en su retractación de The Lancet.

"Nos disculpamos profundamente con ustedes, los editores y los lectores de la revista por cualquier vergüenza o inconveniente que esto pueda haber causado".

Mala conducta y conflicto de interés en las publicaciones

- El número de retractaciones de artículos publicados en revistas científicas se ha multiplicado por 10 en una década, pasando de 30 al año en 2000, alrededor de 400 en 2011.
- La mayoría de las retractaciones fueron por mala conducta y no por simples errores.
- La comunidad científica, y la opinión pública en general, confían en que toda la información que se publica en revistas científicas de solvencia sea honesta y veraz.
- La mayoría actúa éticamente.
- Pero a lo largo de la historia se han dado casos de publicación de resultados falsos o manipulados.

Función de los editores

- Mantener la integridad científica de los datos publicados.
- Publicar las correcciones de posibles informaciones erróneas o fraudulentas.
- Asegurar que los autores han seguido una buena práctica en las investigaciones objeto de publicaciones recibidas o publicadas.
- Asegurar en la medida de lo posible la confidencialidad de los pacientes.
- Asegurar que se detallen adecuadamente los conflictos de intereses de los autores.

Guías de buena práctica de investigación

- Comité Internacional de Editores de Revistas Científicas.
- International Committee of Medical Journal Editors.
- [ICMJE](#).
- [Consejo de Editores de la Ciencia, Council of Science Editors, CSE](#).

Comité de ética en la publicación

- Committee on Publication Ethics, COPE.
- El COPE, al que pertenecen las principales compañías editoras de revistas científicas, ofrece a los editores la posibilidad de denunciar los casos de mala conducta y recibir consejos de actuación al respecto.
 - Si existe alguna sospecha fraudulenta.
 - Autora institución a la que pertenece el patrocinador.
 - Para que se retracten los resultados.
- La ignorancia sobre las reglas básicas de conducta ética no es una defensa en estos casos.
- Asegurar la transparencia en la revisión, (normas o instrucciones para autores).
- El proceso de revisión por pares (peer review).
- Los requerimientos de autoría.

- Los requerimientos para la declaración de conflictos de intereses.
- El procedimiento de apelación.
- Un proceso independiente para el seguimiento de posibles reclamaciones.



Las principales causas de mala conducta científica

- Envío de datos fraudulentos.
- Envío de datos incompletos o procesados de manera inadecuada.
- Violación de la confidencialidad de las personas o de los pacientes.
- Irregularidades en la autoría.
- Publicación redundante o duplicada.
- Plagio.
- Citación coercitiva o autocitación.
- Conflicto de intereses científicos o económicos.

Envío de datos fraudulentos

- La publicación de resultados fraudulentos es intrínsecamente deshonesta.
- Puede distorsionar las bases del conocimiento científico.
- Induce la puesta en marcha de proyectos basados en hipótesis erróneas.
- Sobre todo, puede inducir a un daño al paciente.

Datos incompletos o analizados de manera inadecuada

- Es frecuente:
 - Que se excluyan de los análisis determinados resultados que no terminan de cuadrar con la hipótesis de partida.
 - Utilizar un método estadístico u otro en función de los resultados obtenidos.
- La red EQUATOR aboga por mejorar la fiabilidad y el valor de las publicaciones médicas, promoviendo la publicación de los resultados de la investigación de forma transparente y segura.
- A continuación se muestran algunas páginas en donde se tiene que registrar los proyectos para que los participantes en las investigaciones y otros investigadores puedan acceder a los datos.
 - [EQUATOR \(Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research\).](#)
 - CONSORT Consolidated Standards of Reporting Trials, para ensayos clínicos aleatorizados.
 - STROBE Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology para estudios observacionales.
 - MOOSE (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology).

Violación de la confidencialidad

- Confidencialidad de los pacientes
 - Todos los pacientes tienen derecho a la confidencialidad y la privacidad.
 - Todos los pacientes reclutados deben firmar un consentimiento informado.
 - Todo estudio debe ser evaluado y aceptado por el comité de ética en investigación clínica de su centro.

- Confidencialidad de los resultados

- Los editores y los revisores están obligados a mantener la confidencialidad de los manuscritos recibidos hasta su publicación.
- No están autorizados a permitir su lectura por terceras personas, a comentar o presentar los datos recogidos, ni a utilizarlos en sus propias investigaciones.

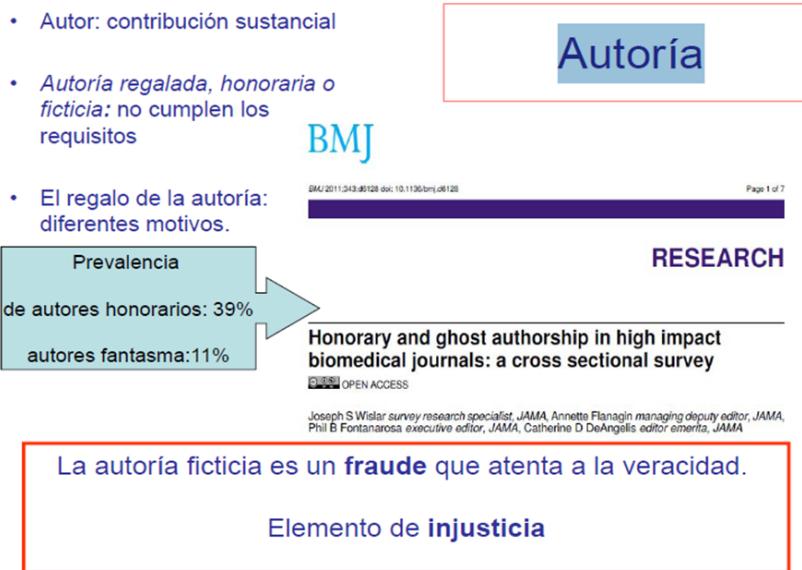
Irregularidades en las autorías

- Requerimientos de uniformidad

- Contribuir de manera sustancial a la concepción y el diseño del estudio, la adquisición de los datos y su análisis e interpretación.
- Participar en la escritura del manuscrito o en la revisión crítica de sus contenidos intelectuales.
- Revisar y aprobar la versión definitiva enviada a la revista.

Figura 14

Irregularidades en las autorías



Publicación redundante o duplicada

- Presión por hacer una carrera profesional y de investigación.
- Ejemplos de publicaciones redundantes o duplicadas.

- Dividir un mismo estudio en pequeñas partes para conseguir el máximo posible de publicaciones científicas (salami publishing) Implica recepción de gran parte de la información.
- "Cortar y pegar" Información de otros artículos.
- Publicar datos en una revista nacional y enviar un segundo artículo más amplio a una revista anglosajona, sin mencionar la primera publicación.
- Publicar el artículo en una revista menor o una revista electrónica y enviar una versión más amplia a una revista de mayor prestigio, sin mencionar la primera publicación.
- Publicar el mismo artículo en dos revistas simultáneas, modificando el título y el orden de los autores.



Plagio

- El plagio se define como el uso de ideas, datos o texto de otros autores sin tener atribuciones para ello.
- Autoplagio.

Factor de impacto, citación coercitiva y autocitación

- Autocitación, es decir, sugieren de manera coercitiva a los autores de manuscritos aceptados la inclusión de manera artificial de referencias de la misma revista correspondiente a los años que se valorarán para medir el factor de impacto.
- Algunas editoriales se citan mutuamente y de esta manera incrementar estos índices bibliométricos.

Conflicto de interés

- Surge cuando uno de los agentes implicados en el proceso de una publicación científica.
- Tiene una relación económica, profesional o personal con otras partes implicadas, que puede influir o sesgar las interpretaciones o las conclusiones del estudio que se va a publicar.
- Tipos de conflictos de interés de naturaleza económica
 - Tener interés en propiedades y patentes.
 - Posesión de acciones o bonos de una entidad comercial.
 - Ser empleado o consultor.
 - Recibir becas o ayudas por parte de una empresa interesada en el tema considerado.
 - Recibir pagos por otro tipo de trabajo realizado.
- El clínico tiene la obligación (tanto personal como social) de eliminar cualquier tipo de influencia sesgada en su toma de decisiones.
- Los principios éticos que deben regular la relación con la industria:
 - Perseguir el interés del paciente (beneficencia).
 - Su protección frente a cualquier posible daño (no maleficencia).
 - La toma de decisiones previo consentimiento informado (autonomía).
 - La promoción de la equidad en la atención sanitaria (justicia).
- Causas que motivan los conflictos.
- ¿Solo derivan de cuestiones económicas?
 - Son variables: soberbia, vanidad intelectual, compensación económica, otras.

Lecturas

- The Guardian (2020). [Surgisphere: los gobiernos y la OMS cambiaron la política de Covid-19 basándose en datos sospechosos de una pequeña empresa estadounidense.](#)
- Mehra, M., Ruschitzka, F. y Patel, A. (2020). [Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis.](#)

Semanas

1

2

3

4

5

6

7

8

- Mehra, M., Desai, S., Kuy, S., Henry, T. y Patel, A. (2020). [Retraction: Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19](#). N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621.
- Capítulos 28 del libro "Bioética, ciencia de la salud" del profesor Miguel Sánchez González.
- Reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos.





Semana 8

Unidad 4. Bioética de la investigación (Parte 2)

Inteligencia artificial en el diagnóstico médico: técnicas, aplicaciones y consideraciones éticas

Introducción

La inteligencia artificial (IA) ha transformado el diagnóstico médico, permitiendo la interpretación avanzada de imágenes, la predicción de enfermedades y la personalización de tratamientos. Entre sus técnicas más relevantes se encuentran el aprendizaje automático (machine learning) y el aprendizaje profundo (deep learning).

Técnicas de inteligencia artificial en el diagnóstico médico

Machine Learning (Aprendizaje automático)

Utiliza algoritmos que aprenden a partir de datos etiquetados. Se aplica para tareas como la clasificación de enfermedades, detección de patrones y predicción de diagnósticos.

Principales algoritmos:

- Árboles de decisión
- Máquinas de vectores de soporte (SVM)
- Redes neuronales simples

Deep Learning (Aprendizaje profundo)

Subcampo del machine learning que utiliza redes neuronales profundas. Extrae características complejas y es altamente efectivo en el análisis de imágenes médicas, señales fisiológicas y datos genómicos.

Principales arquitecturas:

- Redes neuronales convolucionales (CNN)
- Redes neuronales recurrentes (RNN)
- Autoencoders y redes generativas adversariales (GANs)

Implicaciones éticas del uso de IA en diagnóstico médico

El uso de la inteligencia artificial en diagnóstico médico plantea varios desafíos éticos que deben ser considerados para su implementación responsable. A continuación, se detallan los principales:

- Privacidad de los datos: los algoritmos de IA requieren grandes volúmenes de datos clínicos, lo cual implica riesgos para la confidencialidad del paciente si no se manejan con políticas de ciberseguridad y anonimización adecuadas.

- Consentimiento informado: en muchos casos, los pacientes desconocen que sus datos serán utilizados para entrenar o validar sistemas de IA. Es fundamental garantizar un consentimiento informado transparente.
- Sesgos algorítmicos: si los datos de entrenamiento no son representativos de toda la población, los algoritmos pueden generar decisiones discriminatorias, especialmente en poblaciones minoritarias o vulnerables.
- Aplicabilidad y responsabilidad: muchos modelos de IA son complejos y difíciles de interpretar. Esto plantea la pregunta: ¿Quién es responsable si el sistema comete un error de diagnóstico?

Casos reales y aplicaciones internacionales

- Caso Google DeepMind y NHS (Reino Unido): en 2016, el Servicio Nacional de Salud compartió datos de 1.6 millones de pacientes con DeepMind para el desarrollo de una App de diagnóstico renal sin el consentimiento explícito de los pacientes. El caso generó un intenso debate sobre la ética del uso de datos médicos.
- IA en dermatología (EE. UU.): investigadores de Stanford desarrollaron un sistema de aprendizaje profundo que detecta cáncer de piel con una precisión comparable a la de dermatólogos expertos (Martorell, A. et al., 2021).
- IA en oftalmología (India): Google Health creó un sistema para detectar retinopatía diabética en pacientes indios, ayudando a identificar casos de ceguera evitable. El sistema ha sido validado en clínicas rurales con resultados prometedores.
- IBM Watson en oncología (varios países): aunque inicialmente mostró resultados prometedores, también enfrentó críticas por generar recomendaciones inconsistentes con las guías clínicas, resaltando la importancia del juicio humano.



Actividad

Ver la película “*Los chicos de la señorita Evers*”.

[Los chicos de la señorita Evers](#)



Referencias bibliográficas

Ayala, S. (2024). Inteligencia Artificial en el Diagnóstico Médico: Un Enfoque Basado en Aprendizaje Profundo. *Revista Sociencyte*, 3(1). [https://sociencyte.com/index.php/sct:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://sociencyte.com/index.php/sct:contentReference[oaicite:7]{index=7})

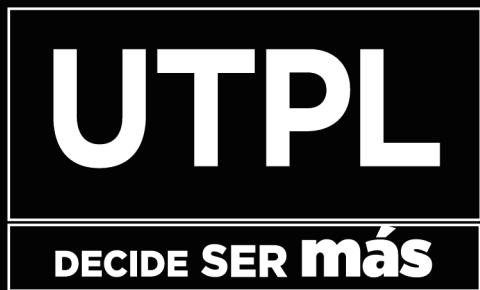
Sánchez Madriz , L. J., Soto Benavides, D. C., Shion Pérez, J. F., Palma González, L. D., & Camacho Arias, N. P. (2024). Inteligencia Artificial aplicada al diagnóstico médico: una revisión actual. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano* , 5(2), 274–288. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.183>



Lecturas

- [Experimento Tuskegee.](#)
- [Talidomida: Una historia inacabada.](#)
- [Estado actual y conflictos ético/morales de las vacunas en niños.](#)





EL CONOCIMIENTO
TRANSFORMA EL MUNDO

www.utpl.edu.ec/maestrias