

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética

“Dilemas éticos en la práctica médica de la Medicina de Urgencias en el H.G.R. No.1 del IMSS”

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ética Aplicada y Bioética

Presenta:
José Robles Martínez

Dirigido por:
Dra. Hilda Romero Zepeda

SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda
Presidente

Firma

Dr. Bernardo García Camino
Secretario

Firma

Dra. Margarita Padilla Bañuelos
Vocal

Firma

Dr. José Juan García González
Suplente

Firma

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal
Suplente

Firma

M. en A.P. Ricardo Ugalde Ramírez Ayala
Piña

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca

Director de la Facultad

Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Marzo 2019

RESUMEN

En Medicina de urgencias están presentes problemas muy particulares, donde es necesario aplicar principios bioéticos; derivado de aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, de la frecuente incompetencia del paciente a la comprensión de lo que es o no útil, o de la necesidad de abordar la existencia del límite en la atención médica o el esfuerzo terapéutico. **Objetivo:** identificar dilemas éticos durante la práctica de la MU, en personal del servicio de Urgencias del Hospital General Regional (HGR) No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo, y reflexivo con perspectiva ética, en donde se incluyeron 35 médicos a los cuales se aplicó instrumento en constructo, en donde las variables a estudiar fueron: sexo, grupos etarios, religión, antigüedad laboral, además de 15 ítems, con la finalidad de establecer tipo de dilema ético, principio ético involucrado, y metodología para resolver el dilema ético. **Resultados:** De 35 médicos, 18 correspondieron al sexo masculino (51.43%) y 17 al femenino (48.57%). La distribución por grupos de edades: grupo 31 a 40 años (54.28%), grupo 41 a 50 años (22.85%), grupo 51 a 60 años (14.28%), y grupo 22 a 30 años (8.57%). Preferencia religiosa 29 católicos (82.85%), 2 cristianos (5.71%) y 4 sin religión (11.44%). Dilema ético predominante: ausencia de voluntad Anticipada (97.15); ausencia de consentimiento informado (17.14%); tratamiento fútil (22.86%); orden de no reanimar (11.43%). Principio ético involucrado: Autonomía (82.85%); Beneficencia (25.71%); Justicia (11.43%); No maleficencia (11.43%). Metodología para deliberar respondieron ponderando la corriente principialista (85.72%). **Conclusiones:** Los dilemas éticos en MU están relacionados con ausencia de voluntades anticipadas, tratamiento fútil y ausencia de consentimiento informado. El principio ético más se involucra es la Autonomía, principios de beneficencia y no maleficencia son jerarquizados en MU, la justicia a veces es justa para el hospital o el médico, pero injusta para el paciente. Finalmente, la metodología utilizada fue en base a la corriente principialista, por lo anterior es importante un análisis reflexivo ante la presencia de dilemas éticos en la práctica de esta especialidad

(**Palabras clave:** Medicina de Urgencias, dilema ético, servicio de urgencias, Instituto Mexicano del Seguro Social.)

SUMMARY

In Emergency Medicine there are very particular problems, where it is necessary to apply bioethical principles; derived from the application of invasive diagnostic and therapeutic methods, from the patient's frequent incompetence to understanding what is or is not useful, or from the need to address the existence of the limit in medical care or therapeutic effort. Objective: to identify ethical dilemmas during the practice of the Emergency Medicine, in the medical staff of emergency service of the Regional General Hospital. No.1 of the Mexican Institute of Social Security. Methodology: observational, descriptive, cross-sectional, retrolectivo, and reflective study with an ethical perspective, where 35 doctors were included to whom an instrument was applied in construct, where the variables to be studied were: sex, age groups, religion, seniority, in addition to 15 items, with the purpose of establishing the type of ethical dilemma, ethical principle involved, and methodology to solve the ethical dilemma. Results: Of 35 doctors, 18 corresponded to the male sex (51.43%) and 17 to the female (48.57%). The distribution by age groups: group 31 to 40 years (54.28%), group 41 to 50 years (22.85%), group 51 to 60 years (14.28%), and group 22 to 30 years (8.57%). Religious preference 29 Catholics (82.85%), 2 Christians (5.71%) and 4 without religion (11.44%). Predominant ethical dilemma: absence of advance will (97.15); absence of informed consent (17.14%); futile treatment (22.86%); order not to reanimate (11.43%). Ethical principle involved: Autonomy (82.85%); Beneficence (25.71%); Justice (11.43%); No maleficence (11.43%). Methodology to deliberate responded by weighing the principlialista current (85.72%).

Conclusions: The ethical dilemmas in Emergency Medicine are related to absence of anticipated wills, futile treatment and absence of informed consent. The ethical principle most involved is the Autonomy, principles of beneficence and nonmaleficence are hierarchized in Emergency Medicine, justice is sometimes fair to the hospital or the doctor, but unfair to the patient. Finally, the methodology used was based on the principlialista current, therefore a reflexive analysis is important in the presence of ethical dilemmas in the practice of this specialty.

(Keywords: Emergency Medicine, ethical dilemma, emergency service, Mexican Institute of Social Security.)

DEDICATORIAS

La concepción de este proyecto está dedicada primeramente a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

También quiero dedicar la presente tesis a mis padres José Hilarión Robles Méndez y mi madre no biológica, pero que supo ser una gran Madre mi abuelita paterna Amparo Méndez Romero, quienes ya se encuentran en el regazo divino de Dios, los cuales fueron pilares fundamentales en la construcción de mi vida social y parte de la profesional, ya que, sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta he logrado.

De igual manera lo dedico especialmente y con todo mi amor a mi gran compañera de vida mi esposa Adriana que en cada momento ha estado a mi lado en momentos de desesperanza y mostrándome su apoyo en cada proyecto de crecimiento que he emprendido, de la misma manera a mis hijos, Itzel que ya está por concluir su primer etapa universitaria, Dayana que está en el camino de su formación profesional y finalmente a mi hijo Said que esta en la etapa de elegir cuál será su formación académica; todos ellos forman parte importante en mi vida para poder lograr mi tan anhelada meta **“la trascendencia profesional”**.

Para dar fin a este apartado quiero agradecer a mi hermano Israel, que como siempre con su apoyo moral siempre ha estado a mi lado escuchándome en cada momento en mis momentos difíciles y brindándome todo so apoyo moral, en general a todos mis hermanos, hermanas y familiares que están distantes, pero que de alguna u otra manera me han dado un gran apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer el apoyo que se me brindó para la elaboración del presente trabajo de investigación a la Dra. Hilda Romero Zepeda, quien en forma paciente y profesional me proporcionó la asesoría para la elaboración y asesoría del presente proyecto de investigación. Agradezco todo el apoyo brindado por CONACYT para el estudio de la presente Maestría en Ética Aplicada y Bioética

También agradecer a cada uno de mis Maestros de la Maestría que me dieron la oportunidad de compartir este proyecto de formación académica y me ayudaron a obtener los argumentos éticos morales y jurídicos para emprender este maravilloso campo de trabajo. Especialmente al Dr. Bernardo García Camino que en la parte legal ha contribuido a entender que debemos conocer los posicionamientos jurídicos ante la presencia de dilemas éticos, al Dr. Salvador Arellano, que con ese conocimiento filosófico me deja un espacio de reflexión para el abordaje y entendimiento de la problemática a la que nos enfrentamos los médicos en el ámbito de la salud por los avances biotecnológicos. Sin dejar de mencionar a Bob Hall, que con en análisis de casos compartimos diversos puntos de vista con la finalidad de lograr una metodología de deliberación en los dilemas éticos presentes en la práctica médica.

De la misma manera agradecer a mis compañeros de Maestría, Juan Carlos, Eduardo, Fabiola, Marlene, y Oscar que con sus diferentes formaciones profesionales establecieron una verdadera nutrición a nuestra formación en esta maestría, considerándoles ahora como una gran familia.

Mi agradecimiento a la Dra. L. Susana Gallardo Vidal la cual me proporcionó todo el apoyo institucional durante la elaboración e integración del proyecto en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de la misma manera agradecer al Dr. José Juan García González por el interés mostrado en este trabajo de investigación y su asesoría para lograr la aprobación institucional para realizar este proyecto de investigación.

Quiero agradecer a mis colegas médicos Urgenciólogos adscritos el Hospital General Regional No 1 del IMSS por la colaboración en la participación del presente estudio y mostrar interés en estos temas de investigación.

Finalmente, mi agradecimiento a Juan J. Martín Villaseñor y a Mr. Dhone, por el apoyo brindado en el aprendizaje y práctica del idioma Inglés como profesores asesores externos, ya que también formaron parte importante en el presente documento de tesis.

Contenido

<u>RESUMEN</u>	3
<u>SUMMARY</u>	4
<u>DEDICATORIAS</u>	5
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	6
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	8
<u>II. MARCO TEORICO</u>	10
<u>2.1. Antecedentes de la medicina y sus retos actuales</u>	10
<u>2.2. Antecedentes de la especialidad de medicina de urgencias y la voluntad anticipada o sustituta</u>	12
<u>2.3. Definiciones y conceptos</u>	14
<u>2.3.1. Condicionantes de las asistencias en contextos de urgencia</u>	18
<u>2.3.2. Necesidad de valoración y análisis simultáneo y rápido del paciente.</u>	18
<u>2.3.3. Necesidad de actuar de forma rápida guiados por el “tiempo del paciente”.</u>	19
<u>2.4. Relación médico-paciente en medicina de urgencias</u>	19
<u>2.5. Derechos humanos y medicina de urgencias</u>	23
<u>2.6. Ética en medicina de urgencias</u>	26
<u>2.7. Aspectos relacionados con la autonomía del enfermo</u>	29
<u>2.8. Voluntad anticipada y voluntad sustituta en medicina de urgencias</u>	33
<u>2.9. Justicia distributiva en medicina de urgencias</u>	34
<u>2.9.1. Justicia y equidad en la distribución de los recursos en los sistemas de salud</u>	34
<u>2.9.2. Justicia distributiva en Medicina de Urgencias “En la Clasificación de víctimas o “Triaje”</u>	38
<u>2.9.3. Justicia distributiva en Medicina de Urgencias “En la atención del paciente en las salas de Urgencias”</u>	40
<u>2.10. Metodologías para deliberación de dilemas bioéticos</u>	41
<u>2.10.1. Metodología del Principismo (Beauchamp y Childress)</u>	43
<u>2.10.2. Metodología de principios Utilitaristas (Peter Singer)</u>	44
<u>2.10.3. Metodología de la casuística (Jonsen)</u>	45
<u>III. METODOLOGIA</u>	47
<u>3.1. Objetivo general y Objetivos específicos</u>	48
<u>3.2. Técnica de recolección de la información.</u>	48
<u>3.3. Procedimiento del estudio</u>	49
<u>3.4. Análisis estadístico de resultados</u>	50
<u>3.5. Aspectos éticos</u>	51
<u>IV. RESULTADOS</u>	52
<u>V. CONCLUSION Y DISCUSION</u>	60
<u>VI. BIBLIO-HEMERO-INFOGRAFIA</u>	64
<u>VII. ANEXOS</u>	67
<u>7.2 Formato de Consentimiento Informado</u>	67
<u>7.3. Formato de Recolección de datos</u>	69
<u>7.4. Formato de No inconveniente de realizar estudio de investigación en el H.G.R. 1 IMSS, Querétaro.</u>	71
<u>7.5. Carta de Autorización de protocolo de investigación en el H.G.R. 1 IMSS, Querétaro.</u>	72

I. INTRODUCCIÓN

La Medicina de Urgencias (MU) es concebida como cuerpo doctrinario, ya estructurada dentro de las áreas hospitalarias modernas, y desarrollada hace relativamente pocos años. Esta especialidad médica está basada en conocimientos y habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudizadas y lesiones agudas urgentes que afectan a los pacientes de todos los grupos de etarios; con un espectro completo de trastornos físicos y conductuales no diferenciados. La práctica de esta especialidad incluye desde la asistencia en la recepción, la reanimación y la gestión prehospitalaria y hospitalaria de casos urgentes no diferenciados hasta el alta del servicio de urgencias o la transferencia al cuidado de otro médico. Por lo anterior, se necesita de una rápida, oportuna y eficiente atención respaldada por recursos tecnológicos y físicos; así como, recursos humanos competentes que tomen una correcta decisión terapéutica urgente para limitar el daño, disminuir secuelas, acortar tiempo de convalecencia, e inclusive en los casos que lo ameriten permitir una muerte digna apegado a las normas bioéticas establecidas por la sociedad.

En esta especialidad se debe aprender a identificar, definir y aplicar principios morales generales a sus prácticas relativas a: la autonomía del paciente, consentimiento informado y la negativa, la capacidad de toma de decisiones del paciente, las directivas anticipadas, decisiones referentes a terminación de vida (limitar la reanimación, futilidad); la relación médico-paciente (confidencialidad, decir la verdad y la comunicación, la compasión y la empatía); y temas relacionados con la justicia (el deber, cuestiones de ética de la reanimación, regulación de atención sanitaria, la investigación, la reanimación en el embarazo, etc.

Durante la formación académica de la medicina de urgencias no se tiene contemplados espacios de reflexión para capacitación en bioética, tampoco para el análisis de dilemas bioéticos con el análisis de casos específicos que generen dudas ante la toma de decisiones, ya sea ante un procedimiento diagnóstico o una conducta terapéutica. Entonces el médico en formación deberá con su construcción de valores heredados por la sociedad hacer frente ante dilemas

éticos presentes durante su práctica médica asistencial. Ante los avances biotecnológicos la medicina de urgencias no escapa de que al mismo tiempo aumenten la cantidad dilemas éticos, lo cual ante la mala toma de decisiones incrementa los problemas medico legales, con su consecuente fractura de la relación médico paciente. Lo cual justifica el que se haya realizado el presente estudio de investigación con lo cual se podría documentar cuales son los dilemas más frecuentes propios de la especialidad, la manera de cómo se han resuelto, y la metodología que se ha utilizado. Todo esto con la finalidad de proponer cursos de capacitación, análisis reflexivo de casos clínicos específicos y proporcionar metodologías deliberativas acorde a cada caso en particular(casuística), con la finalidad de mejorar la práctica médica con una sólida conducta ética y fortaleciendo la relación médico paciente.

Partiendo de la problemática antes ya expuesta en el presente trabajo de investigación se describe el desarrollo y resultados de un estudio observacional, descriptivo, transversal, retro lectivo, y reflexivo con perspectiva ética, realizado en personal médico de base y/o suplente con especialidad de medicina de urgencias, residentes en formación en medicina de urgencias asignados al servicio de urgencias. el Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Querétaro. Se estudiaron variables sociodemográficas (sexo, edad, antigüedad laboral, religión, categoría de personal) y se pretendió identificar los diferentes dilemas éticos en la práctica médica de la medicina de urgencias, principio ético involucrado, competencia para resolver el dilema ético, diagnóstico y/o procedimiento en el paciente que establece el dilema ético, personal que se presenta ante el dilema ético (personal de base, suplente o en formación como residentes de medicina de urgencias).

II. MARCO TEORICO

2. 1. Antecedentes de la medicina y sus retos actuales

La Medicina de Urgencias es concebida como un cuerpo doctrinario, estructurada dentro de la organización hospitalaria moderna, y desarrollada hace relativamente pocos años. El médico hasta mediados del siglo XX era visto como un gran científico y un profundo humanista, el paciente confiaba plenamente en que aliviaría sus males. Paradójicamente y pese a los formidables avances de la ciencia y la tecnología aplicada a la medicina, en las dos últimas décadas la práctica de la disciplina y la formación del médico han sufrido un enorme deterioro (Sánchez, 2002).

Es de suma importancia abordar estos marcos referenciales históricos de la evolución de la medicina, para entender los nuevos cambios de adaptación que se llevan a cabo tanto en la comunidad médica científica como en la población en general, y de esta manera hacer un análisis reflexivo que explique las diferentes situaciones que se presentan en esta interacción humanística.

En las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico era confundida con la de chamán o sacerdote, y muchas veces con la del gobernante y juez. La enfermedad era considerada como maldición, pecado, castigo de los dioses y la salud como un don también de los dioses y el tratamiento al enfermo era un ritual mágico, y el exorcismo, el abandono, la muerte, la plegaria, el sacrificio eran una ofrenda a los dioses. Para Aristóteles la acción de la palabra del médico opera como un verdadero medicamento y produce acciones psicológicas en ciertos enfermos. Para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad y la relación entre médico y enfermo es de amistad y, en ella, es fundamental la confianza del enfermo en la medicina y en el médico que le trata. Durante la Edad Media, el desarrollo científico y técnico queda subyugado al criterio moral y religioso y El fundamento de la relación médico-enfermo en el cristianismo es una modalidad de la amistad cristiana entre los hombres. El médico medieval le da importancia a la comunicación verbal con el enfermo con el objetivo de darle consuelo, de aliviarle. Se concibe la enfermedad como un castigo de Dios. En el

siglo XVII, la filosofía racionalista de Descartes con la separación del alma y el cuerpo, el dualismo cartesiano, provoca en los médicos un cuestionamiento y los lleva a plantearse nuevos temas que antes no se habían atrevido por temor a enfrentamientos (Roger, 2011).

La responsabilidad médica ha variado conforme a las condiciones del medio, así como, del pensamiento filosófico dominante en cada época. En las culturas mesopotámicas, el código de Hammurabi hacía mención del castigo al médico, al causar alguna yatro patogenia. El artículo 219 dice: "Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia, en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte, entregará esclavo por esclavo". En Grecia, Platón comenta que Glacus médico de Ephiston es condenado a la cruz ante la indignación que causa a Alejandro, la muerte de un paciente por abandono de éste. En Roma la ley Aquilea comenta, acerca de la culpa gravis contra los médicos, y en la edad media hacía el siglo XIII existe evidencia del juicio a un médico, por burgueses de Jerusalén, por la muerte de un paciente, tras haberle cortado en forma transversal la pierna. Por las características de la profesión médica, cualquiera a lo largo de su profesión puede verse involucrado en una demanda o denuncia por responsabilidad médica (Chavarría, 2008).

Los hospitales generales surgen en las instituciones religiosas, regidas según la voluntad de los fundadores y ejercían una función social, más que a curar enfermos, daban acogida a mendigos y peregrinos y posiblemente se les ayudaba a morir dignamente. A partir del siglo XV cuando surgen los nosocomios más importantes y cabe la posibilidad que ya dispusieran de precarios servicios de urgencias (Moya, 2011).

En toda medicina, en el contexto grecolatino, judeocristiano, islámico, védico, oriental y africano, el acto médico es un acto moral entre dos personas libres que consienten en otorgar una su confianza a otra, que le ofrece la esperanza de recuperar la salud, o al menos auxilio y consuelo, y se compromete

con el enfermo para intentar ayudarlo del mejor modo. Es un acto de naturaleza personal, bilateral, moral con clara conciencia ética. Supone la relación entre enfermo, que busca sanar, y médico, que ha jurado procurar que los hombres y mujeres puedan vivir mejor y por el mayor tiempo posible (Reyes, 2010).

Hace más de 2500 años, en la antigua Grecia, Hipócrates, con el Juramento Hipocrático, inicia la ética médica, con uno de los primeros documentos deontológicos de la historia de la humanidad, por lo que además de ser el padre de la medicina es considerado como el padre de la ética médica (García, 2010).

A nivel internacional encontramos variedad de publicaciones que hacen referencia al desarrollo de la bioética en el área de la medicina, sin embargo, existe muy pobre investigación en el área de urgencias. En todo este devenir, existe toda una gama de marcos referenciales históricos de este concepto de relación médico paciente, de ahí la importancia de su análisis, ya que, desde los inicios de la medicina, durante la evolución y hasta la actualidad la relación médico-paciente ha sido y será, la clave para el éxito de una buena práctica médica.

2.2. Antecedentes de la especialidad de medicina de urgencias y la voluntad anticipada o sustituta

Históricamente en 1973, se inicia un programa que identificaba grupos que podían ser beneficiados por asistencia especializada en los hospitales regionales dentro de un sistema integrado en urgencias. En 1970 en la Universidad de Cincinnati se diseñó el primer programa de residencia en Emergencias, sin embargo, la formalización como la vigésima tercera especialidad por el Consejo Americano de Especialidades Médicas (ABMS) ocurrió hasta 1979. Como respuesta simultánea, se diseñaron cursos que sistematizan procedimientos y pautas de actuación como son el ATLS (Apoyo avanzado para la vida en traumatología) y ACLS (Apoyo avanzado para la vida en Cardiología). En México

después de eventos trágicos severos: la explosión de gas en San Juanico en noviembre de 1984 y el terremoto de septiembre de 1985, en los que se manifestó la falta de organización y capacitación de los sistemas de salud en la atención de pacientes en casos de desastre es de alguna manera que se ventila la incapacidad de los servicios médicos respondientes. Y es por eso que, en el Hospital General Balbuena a partir de 1986, se estableció la especialidad en Urgencias Médico-Quirúrgicas con el objeto de preparar médicos para la atención de pacientes en estado crítico en los servicios de urgencias. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se inició la especialidad en 1991, en 15 sedes en todo el país, con el nombre de Urgencias Médico-Quirúrgicas ahora llamada Medicina de Urgencias (Pelayo, 2003).

En forma general y ante un contexto biomédico altamente tecnificado, aparecen los conceptos de voluntad anticipada y de voluntad sustituta. La voluntad anticipada se define como la petición libre seria, inequívoca y reiterada de una persona en pleno uso y capacidad de ejercicio de sus facultades mentales en cuanto a las medidas diagnósticas y terapéuticas que acepta o rechaza. Lo anterior tiene implicaciones legales que le confieren a toda persona o paciente el derecho de tomar con antelación una decisión, al igual que implicaciones bioéticas con relación al respeto a su autonomía, para que de acuerdo con sus conocimientos, información, reflexión y creencias exprese su decisión sobre el futuro manejo de situaciones específicas de una posible enfermedad (Gutiérrez, 2013).

En México, al igual que en el plano internacional, la dinámica social contemporánea ha incidido de manera fundamental en el ejercicio de las profesiones de atención a la salud, particularmente de la medicina. Las responsabilidades que adquieren los profesionales que se desempeñan en espacios públicos del sector salud, como en el caso del IMSS, los obligan a estar actualizados en todo lo referente a los nuevos enfoques en el ejercicio de su profesión, como en el caso del derecho de los individuos sanos y enfermos para

intervenir y decidir en aspectos relacionados con la fase terminal de su vida (Gaona, 2016).

Como se expresa en la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2008) en referencia a "Ley de Voluntades Anticipadas en el Distrito Federal" La primera Ley de Voluntad Anticipada que entró en vigor en México, el 7 de enero de 2008, fue la del Distrito Federal. La Ley en principio regulaba las formalidades y requisitos del documento de voluntad anticipada, las obligaciones del notario, las reglas de suscripción del documento, así como la representación y los testigos. El denominado documento de voluntad anticipada se realiza ante personal de salud (puede firmar un documento de voluntad anticipada toda persona mayor de edad con capacidad de legal). Este primer intento de regulación en el Distrito Federal marcó una pauta importante para el surgimiento de legislaciones similares en otras entidades federativas. En la actualidad, en México encontramos Ley de Voluntad Anticipada en la legislación estatal de Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí y el Distrito Federal; en Guanajuato ya fue aprobada y entró en vigor en enero de 2012. En Coahuila y San Luis Potosí, no lleva el mismo nombre, pero su contenido es coincidente. Asimismo, en Chihuahua fue propuesta en junio de 2011 y se está estudiando su aprobación.

2.3. Definiciones y conceptos

La palabra dilema es esencialmente la duda o la disyuntiva entre dos cosas; se entiende por dilema ético aquel que compete a la naturaleza moral, es decir, aquel que plantea cómo obrar bien, cómo evitar hacer daño, cómo valorar las consecuencias y lograr lo mejor para la mayoría de las personas involucradas en una situación en el marco de unas reglas morales. Un dilema ético no implica tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino tener que elegir entre dos cosas correctas.

El término "ética" procede del vocablo griego antiguo ethos, que significaba al principio "estancia, vivienda común". Posteriormente adquirió otras significaciones: hábito, temperamento, carácter, modo de pensar. Partiendo de la

significación de ethos como carácter (temperamento), Aristóteles formó el adjetivo ethicos y designó con él una clase particular de virtudes humanas, precisamente las virtudes del carácter, que se distinguen de las virtudes de la razón. Con el fin de designar la ciencia que estudia las virtudes éticas, Aristóteles creó un nuevo sujeto: ethica, que figura en los títulos de sus obras. Así, en el siglo VI a.n.e. la ciencia ética recibió su denominación, conservada hasta nuestros días. La ética médica no es más que el conjunto de principios y normas que rigen entre los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de la salud y muy especialmente de la relación del médico con sus pacientes, con sus familiares, con otros profesionales, con todos los trabajadores de los servicios de salud entre sí, encaminados a lograr la preservación y mejoramiento de la salud de personas sanas y el tratamiento adecuado y recuperación de personas enfermas, dentro de un marco fraternal y humano profundamente científico; además de abarcar otros aspectos como el secreto profesional y el error médico(Gómez, 2007).

La Medicina de Urgencias es una especialidad médica relativamente nueva basada en conocimientos y habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudizadas y lesiones agudas urgentes que afectan a los pacientes de todos los grupos de etarios, con un espectro completo de trastornos físicos y conductuales no diferenciados. La práctica de esta especialidad incluye desde la asistencia en la recepción, la reanimación y la gestión prehospitalaria y hospitalaria; de casos urgentes no diferenciados hasta el alta del servicio de urgencias o la transferencia al cuidado de otro médico. Estadísticamente se menciona que una de cada dos personas durante alguna etapa de su vida, requerirá de atención médica en un servicio de urgencias, por agudización de alguna enfermedad general o por padecimientos derivados de condiciones violentas. Es por esta razón, que se necesita de una rápida, oportuna y eficiente atención respaldada por recursos tecnológicos y físicos, así como, recursos humanos competentes que tomen una correcta decisión terapéutica urgente para limitar el daño, disminuir secuelas, acortar tiempo de convalecencia, e inclusive en los casos que lo ameriten, permitir una

muerte digna apegado a las normas bioéticas establecidas por la sociedad, lo que justifica la existencia de la Medicina en Urgencias.

En los Servicios de Urgencias los médicos que actúan en él proceden de distintas especialidades, siendo generalmente residentes de los primeros años. Por ello es necesario unificar conductas diagnósticas y terapéuticas según protocolos de actuación. El objetivo fundamental es solucionar el problema por el que el enfermo consulta y tomar decisiones rápidas. Con frecuencia hay que limitarse a mantener al enfermo con vida y muchas veces sólo se llega a un diagnóstico sindrómico.

En el concepto de Urgencia médica en Medicina de Urgencias existe un criterio definitorio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir:

1. **Emergencia:** situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: parada cardio-respiratoria, neumotórax a tensión
2. **Urgencia:** situación de inicio rápido pero no brusco que necesita asistencia rápida (horas) y puede presentar un componente subjetivo. Ejemplos de estas situaciones son: situaciones sin un riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, (p.ej: una obstrucción intestinal, neumonía, etc.)

Todos los Servicios de Urgencias suelen estar sobresaturados por enfermos con patología no urgente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado fuera del hospital. Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad. En muchas ocasiones

se dan situaciones banales en las que el médico debe tranquilizar al paciente y a los familiares indicándoles que los síntomas que presenta carecen de importancia (Barrios, 2000).

El paciente crítico es definido por la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución. El análisis de la forma en la que funciona la Red de Atención de Salud muestra que muchos pacientes críticamente enfermos son evaluados y manejados inicialmente en el área prehospitalaria, los servicios de Medicina de urgencias, e incluso en las áreas de recuperación quirúrgica. Antes de su cuidado definitivo en las áreas de cuidados intensivos (Barrios, 2000; Julián, 2000).

Para el personal de urgencias la aplicación de la bioética es una necesidad en el manejo de patologías agudas o enfermedades crónicas agudizadas, así como apegarnos a los principios bioéticos de maleficencia, justicia, autonomía, beneficencia, confidencialidad, eficiencia e integridad. En relación con los padecimientos traumáticos, sólo hay que recordar que el traumatismo es considerado el asesino de nuestros tiempos, mata a nuestros jóvenes y no existe vacuna alguna ni prevención total contra él. Es por eso que los servicios de urgencias han pasado de ser sitios de castigo a tierra de inexpertos en centros diagnóstico-terapéuticos, los cuales además son formadores de recursos para la salud. Los profesionales que desarrollamos nuestra labor asistencial en estos servicios, tenemos una enorme responsabilidad, que es otorgar servicios de salud con gran calidad, recordando que la calidad no sólo tiene una esfera técnica sino también una esfera humana.

2.3.1. Condicionantes de las asistencias en contextos de urgencia

La seguridad es una de las premisas a cumplir en la aproximación y asistencia en los entornos de urgencias, tanto para los propios pacientes como

para los intervinientes, de forma que en ningún caso se debería intervenir sin garantizar la estabilidad y seguridad del entorno. La información sobre lo ocurrido y sobre el propio paciente atendido, siempre es escasa a lo largo de toda la asistencia de emergencia y, concretamente en los primeros momentos, lo que supone actuar a ciegas ante muchos aspectos que podrían tener su peso en la resolución del caso de contar con ellos. Por lo tanto, en emergencias hay que contar con que la información es escasa, puede estar sesgada, y estar afectada por el “efecto túnel” consistente en ver u oír solo una parte de la realidad al concentrar nuestro análisis sobre un único aspecto, obviando otros.

El objetivo en los servicios de urgencias es poder obtener la máxima información relevante al caso de cualquier fuente, partiendo de la escasez de ésta, en esta búsqueda de información, también se pretende, en la medida de lo posible, indagar sobre lo que quiere el paciente en función de sus valores buscando su consentimiento informado autorizado para procedimientos diagnósticos terapéuticos.

2.3.2. Necesidad de valoración y análisis simultáneo y rápido del paciente.

Las actuaciones en urgencias exigen de los profesionales una capacidad de análisis ágil que permita la toma de decisiones rápida frente los requerimientos de tiempo que la patología del paciente presenta. Pero si bien es necesario que la actuación de emergencias fije su foco en ser rápida y eficaz para aliviar el dolor, el sufrimiento del paciente y evitar complicaciones, es también cierto que el profesional suele dejar de percibir otras necesidades de éste (incertidumbre, miedo, ansiedad, inseguridad, etc.) fundamentales para resolver la situación desde el punto de vista humano y ético, y que pueden llegar a condicionar el manejo de lo biológico (Casado, 2016).

2.3.3. Necesidad de actuar de forma rápida guiados por el “tiempo del paciente”.

Teniendo en cuenta las necesidades de resolución rápida de la causa que ha supuesto el riesgo vital para el paciente (ej. atragantamiento, parada cardiorrespiratoria, shock hipovolémico, etc.) en este tipo de patologías llamadas “tiempo dependientes”(reciben este nombre porque el pronóstico vital y de morbilidad está directamente relacionado con el tiempo de evolución); para ello el equipo de salud tiene que realizar medidas diagnósticas rápidas y tratamientos simultáneos sobre el paciente siguiendo un procedimiento establecido con la finalidad de minimizar estos tiempos en los que se ponen en marcha respuestas fisiológicas secundarias responsables de la evolución del cuadro. Muchas de las intervenciones médicas desarrolladas en emergencias se entroncan en los llamados tratamientos de soporte vital que pretenden mantener y alargar la vida para ofrecer al paciente la oportunidad de otros tratamientos hospitalarios y, con ello, retrasar y evitar la muerte. En este sentido es muy importante el contar con un procedimiento adecuado del manejo y respuesta ante situaciones predeterminadas (patologías tiempo dependientes), disminuyendo la incertidumbre de los profesionales y optimizando los tiempos de atención (Casado, 20016).

2.4. Relación médico-paciente en medicina de urgencias

E. Kant pone en duda la concepción metafísica del Hombre: que por naturaleza su fin es ser feliz, para Kant no se puede probar científicamente que la naturaleza del Hombre sea ser feliz y por lo tanto la concepción de vida buena aristotélica. Kant y su escuela deontológica, habla del "imperativo categórico", en él la voluntad es lo fundamental. "Obra de tal manera que tu concepción de lo ético pueda ser probado por leyes universales". Como se observará estas dos concepciones la de un fin último que es la "felicidad" en contraposición de la "voluntad" para actuar bien, se transforma en un debate académico y se aleja de la vida misma de las personas. En el fondo este debate se centra en que si el Hombre para actuar bien debe hacerlo en función del "deseo" o bien de la

voluntad, por otro lado, Aristóteles sostiene que el fin del hombre es ser feliz y para lograrlo debe alcanzar la vida plena y ésta se logra por una vida virtuosa, que es lo que él denomina “una vida buena”. Es decir, el Hombre por naturaleza tiende a un fin (telos) que es la felicidad. Lo importante para Aristóteles no es filosofar de la virtud, sino que ser virtuoso es algo fundamental (Celedón, 2016).

Partiendo de estos marcos referenciales podríamos asumir que en la praxis de la medicina de urgencias y la relación médico paciente se debe rescatar el termino de medico virtuoso, con la finalidad de mejorar la relación médico paciente, aun con el problema que se enfrenta el campo asistencial en servicios de seguridad social pública.

Lo que identifica a la práctica de la atención a la salud, es su dimensión humanística, la cual se conceptúa de diversas formas, todas ellas atinentes al ejercicio y a la filosofía de la medicina. El humanismo se define como una actitud de respeto a todo ser humano por el hecho de serlo, tomando en cuenta su historicidad, intereses y expectativas, sus logros y deseos insatisfechos y fundamentalmente el respeto a sus facultades específicamente humanas como la libertad de elegir y decidir respecto a su proyecto de vida, considerando a los demás. En la dimensión Humanística del actuar médico, hay una especial importancia en su tiene dimensión ética, producto de la relación espacio temporal que se establece entre la relación médico paciente: por un lado, uno que ésta capacitado para resolver los problemas de salud y otro que acude a él en espera de aliviar sus dolencias y curar sus males (Ocampo, 2002).

Existen muchas causas que originar ruptura o debilitamiento de la relación médico paciente en los servicios de urgencias, dentro de las cuales algunas incluso son externas; condiciones particulares de tiempo y ambiente, la falta de recursos tanto materiales como humanos carga de trabajo, inoperatividad de servicios hospitalarios, problemática en dinámica familiar del paciente, etc. De igual manera otros internos como la situación de gravedad en la que se encuentra

el paciente, muchas de se encuentre fuera de sí, y muchas de las veces su voluntad va en contra de su propia felicidad, también del mismo modo influye el temperamento del médico, sus competencias, etc.

En un estudio realizado por Silverio y cols. (2015). Se demostró que en particular en los servicios de urgencias las condiciones particulares de tiempo y ambiente condicionan un pobre desarrollo del vínculo médico-paciente, contribuyendo al deterioro de esta relación. Sin embargo, en la calificación global el 69,4% de los residentes poseen una relación médico-paciente regular, no obstante, también resaltan los demás resultados; el 2,78% posee una relación buena, 25% una relación mala y 2,78% una relación muy mala.

La gran mayoría de quejas al servicio de urgencias son debidos a problemas de actitud o maltrato al usuario y dentro de las causales de mencionado comportamiento por parte del personal médico se ha relacionado a múltiples causas: sobrecarga de trabajo, falta de personal, carencia de recursos, factores económicos (honorarios bajos), trabajar bajo estrés y con el riesgo a una demanda. Este elevado índice de demandas ha condicionado no sólo el deterioro de la relación entre el equipo médico, sino de igual forma en la relación médico-paciente, por lo que esta situación obliga a adoptar otro tipo de conducta en la atención de este universo de pacientes y a un desempeño con apego a un estricto código de moral médica y cortesía profesional (Rivero, 2000).

La mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias confían en la capacidad técnico-científica del médico de urgencias que le atiende (competencia profesional), también en su gran calidad humana, por lo que espera se conduzca con prudencia, agilidad, eficacia y eficiencia para la restauración de su salud. Considerando que se abstendrá de actos que sobrepasen su capacidad técnico-científica. Por otro lado, muchas veces el paciente se ve sorprendido por una circunstancia sobrevenida de pérdida de salud en la que, en principio, no puede elegir a los profesionales que le atienden, y tiene pocas opciones

terapéuticas o de manejo a escoger, es por esto por lo que se ve “obligado” a confiar en los médicos y el resto del personal de salud que le asiste, depositando en ellos sus expectativas.

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. Los nuevos procedimientos en urgencias enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos, que son un indiscutible avance, pero que han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina innecesariamente cuando son utilizados en demasía, sin criterio clínico adecuado y lo que es más triste olvidando que la razón de ser de nuestra profesión, debe ser y buscar el bienestar del enfermo(Rivero, 2000).

La relación médico paciente deberá ser de igual a igual, donde el paciente establece con el médico una relación basada en la confidencialidad, respeto y sentido humanístico.

En general la relación debe ser respetuosa y siguiendo la carta de derechos y deberes de los pacientes:

1. Recibir una atención médica adecuada
2. Tener un trato digno y respetuoso.
3. Recibir una información suficiente, clara, óptima y verdadera.
4. Decir libremente y dar su consentimiento según se ha explicado
5. Saber que sus datos van a ser confidenciales
6. Tener facilidades si quieren recibir una segunda opinión
7. Recibir la atención según el criterio de urgencia

La atención en los servicios de urgencias debe comprender diagnóstico, tratamiento, prevención, discapacidades físicas, el respeto al pudor personal y el trato humano al final de la vida; esto deberá contribuir a que el paciente tenga una mejor calidad de vida y una muerte digna. La confidencialidad se hace respecto a la identidad de la persona, porque generalmente las personas se sienten diferentes unas de otras en base a su cuerpo, su mentalidad, su aspecto exterior, su aspecto sexual, su salud, sus bienes. En medicina de urgencias, el médico y el personal de salud debe cuidar los aspectos de autonomía del paciente sin ignorar los aspectos emocionales del paciente, su entorno familiar y la esfera bio-psico-social.

2.5. Derechos humanos y medicina de urgencias

Como se describe en la revista de derecho y cambio social (2013) conceptualmente el término de derechos humanos podría ser el de que todos tienen un igual derecho a la máxima autonomía posible como seres humanos. Este concepto tiene una evolución histórica en diferentes concepciones. La primera concepción presenta estos derechos como derechos naturales, donde la propia naturaleza ha dotado a todos ser humano con un conjunto de propiedades morales que lo hacen acreedor a esa protección individualizada. La segunda la propone el filósofo I. Kant en donde se refiere a derechos innatos, es decir, lo atribuye a categorías puras como idead innatas: cognoscibilidad, condición de posibilidad o fundamento (posibilidad o fundamento de orden moral o jurídico). Una tercera concepción se concibe como derechos positivos, en donde en sentido estricto son conferidos por el Derecho positivo por la Ley Vigente (Derechos Fundamentales), y finalmente una más concebida como derechos morales o derechos en sentido moral contenida en la gran obra de John Stuart Mil (justicia articulada a derechos personales). Algunos eventos de precedencia a favor de los Derechos humanos son los ocurridos durante la revolución francesa en donde se discuten los derechos del hombre y del ciudadano, proponiendo que estos tienen

derechos inherentes a su propio ser. En 1947 en donde encontramos su primera expresión formal en el Código de Núremberg con la declaración universal de los Derechos Humanos con la aprobación en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Posteriormente entorno internacional se renueva la defensoría de los derechos humanos en la Declaración de Helsinki. En México el tema de los derechos humanos encuentra sus orígenes en la Procuraduría de los pobres, creada en 1847 en San Luis Potosí. En la Constitución de 1857 se establecen las garantías individuales, y en la Constitución de 1917 se disponen artículos como el 3, 27 y 123 que garantizan la educación la tenencia de la tierra y el derecho al trabajo. En 1989 se crea la Dirección General de los Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación, y en 1990 se crea la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Posteriormente se crean los códigos de ética de la Academia Mexicana de Cirugía, Código de ética de la Academia de Medicina y los Códigos de las instituciones salud gubernamentales y no gubernamentales.

Al relacionar los Derechos humanos y la práctica médica en el ámbito de la medicina de Urgencias podemos mencionar que los pacientes que ingresan al servicio de urgencias hospitalario son titulares de una serie de derechos que van desde el derecho a la información, y al consentimiento informado (como requisito previo ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico); así también sobre su persona, el derecho a la intimidad o a la asistencia religiosa.

La medicina de urgencias se diferencia de las demás especialidades, en que a menudo además de las complejas patologías que se presentan, el personal de salud no ha tenido el suficiente tiempo para familiarizarse con el paciente, además de que cuenta con muy poco tiempo para la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas; estos últimos dos factores traen consigo serios conflictos de índole ético en muchas ocasiones. Por lo anterior en esta especialidad cumplir los valores universales y los derechos del paciente requiere de algunos ajustes; y a pesar de esta obligación moral y profesional, evidentemente no existe un consenso ampliamente conocido para la toma de

decisiones que facilite al personal afrontar la situación de un paciente en estado crítico (Navarro, et al., 2014).

En la atención de urgencias, cualquiera que sea el nivel de atención médica al que corresponda, se observan tres elementos importantes que intercalan desde el inicio hasta el final del proceso de atención: por una parte, el actor principal, el paciente (acompañado generalmente de algún familiar, amigo o vecino); por otra la institución que los recibe; y por otros actores secundarios del proceso, pero no por eso sin importancia como, enfermeras y otros profesionales técnicos. No se puede pasar por alto los principios básicos de la Bioética al analizar la transgresión de los derechos humanos en la praxis de la medicina de urgencias, en donde se deberá respetar el principio de autonomía, basado en la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones sobre los actos médicos practicados sobre él. También el principio de Beneficencia en donde se trata de hacer el mayor bien al paciente de acuerdo con el conocimiento médico actualizado y procurando respetar sus valores y preferencias. El tercer principio que es el de no maleficencia en donde el objetivo es no dañar a los pacientes o minimizar el daño de la actuación por falta de conocimiento actualizado, impericia o negligencia (incluso falta de recursos material y humano). Y el último principio el de justicia basado en la distribución equitativa bienes y servicios sin distinciones.

Un estudio realizado en el 2010 de Joaquim Bosch en donde se encuestan a más de 10.000 facultativos médicos con ejercicio en los Estados Unidos de América y de diferentes especialidades, sobre los principales dilemas éticos en donde el 5.2% correspondió a médicos de los servicios de urgencias; dentro de las preguntas cerradas en relación con la praxis de la medicina de urgencias fueron ¿ha recomendado o proporcionado tratamientos que mantienen la vida cuando usted juzgaba que eran fútiles?; para lo cual el 39.4% respondió : depende, el 37.0% que no, y el 23.6% que sí. Otra pregunta fue: ¿ha considerado interrumpir tratamientos que mantienen la vida por petición de familiares, incluso si Ud. considera que eran prematuros?: ante lo cual el 29.2% respondió depende, el

54.5% que no, y el 16.3% que sí. Estos resultados, aunque no son específicos directamente en las acciones médicas en urgencias, nos dan un panorama de que la comunidad médica actúa cada vez más en base a una medicina defensiva (Barrera, 2011).

Dentro de los derechos que competen en la práctica de la medicina de urgencias están el derecho a la vida, la autonomía y la dignidad; los cuales es una realidad que durante la praxis de las urgencias médicas muchas veces consiente, y otras inconscientemente se llegan a violentar, de ahí la importancia de conocer sobre bioética aplicada en el campo de la medicina de urgencias, y promover la formación de una ética médica sólida desde grupos de formación médica en universidades, en colegios médicos, a nivel intrahospitalario, etc.

2.6. Ética en medicina de urgencias

Cuando se circunscribe a la actividad profesional, la ética se focaliza en describir y analizar de forma crítica los valores centrales de una profesión con responsabilidad hacia los demás en búsqueda de las buenas prácticas. En el caso de la ética médica, el beneficio buscado es el del paciente intentando preservar su dignidad, su salud y su vida, garantizando una atención médica de calidad en lo técnico y en lo humano.

En la revista electrónica *Society of critical care medicine* (2014), se menciona que la ética en la medicina de urgencias ayudará a la misma, para hacer frente a nuevos dilemas éticos en la práctica. El uso de análisis ético proporciona el marco para la determinar el deber moral, la obligación y la conducta. En la medicina de urgencias se debe aprender a identificar, definir y aplicar principios morales generales a sus prácticas relativas a: la autonomía del paciente, consentimiento informado y la negativa, la capacidad de toma de decisiones del paciente, las directivas anticipadas, decisiones referentes a terminación de vida (limitar la reanimación, futilidad); la relación médico-paciente (confidencialidad,

decir la verdad y la comunicación, la compasión y la empatía); y temas relacionados con la justicia (el deber, cuestiones de ética de la reanimación, regulación de atención sanitaria, la investigación, la reanimación en el embarazo, etc.

La ética se convierte en la conciencia de la práctica médica ante el semejante que sufre, y debe regir la conducta profesional del médico. Los argumentos teóricos que se utilizan para explicar la corrección de la práctica médica desde la ética son de tres tipos: deontológicos (ética basada en el cumplimiento de principios o normas: de beneficencia, no maleficencia; de autonomía, de justicia; teleológicos (ética basada en las consecuencias de los actos tras buscar una finalidad); o de la ética deliberativa de la responsabilidad (equilibrio entre principios y consecuencias, conseguido desde la deliberación o proceso de reflexión sobre alternativas, y teniendo en cuenta excepciones).

Como fuera postulado por Beauchamp y Childress en su Libro llamado "Principles of biomedical ethics", donde hace referencia que la relación entre médico y paciente en cualquiera de sus modelos se basa en cuatro principios fundamentales, cuyo respeto permite transformar este encuentro en un puente ético que une el querer, o poder hacer, con el deber. Estos principios ya existían y se respetaban desde la época de la medicina hipocrática y están contenidos en el Juramento Hipocrático, siendo por consiguiente la autonomía, la que en los últimos treinta años ha introducido la variedad, desde una relación vertical y paternalista, hacia una más horizontal y autonomista. De este modo se incorpora también a la medicina este cambio, que luego de un largo proceso histórico se ha producido en las relaciones humanas en general, dando lugar a la concepción autonomista del ser humano. Mediante esta autonomía el enfermo busca ayuda para su enfermedad, desea ser beneficiado (beneficencia), no ser dañado (no maleficencia), que se le trate con equidad (justicia), se respete su intimidad, se resguarde la información que nos proporciona y se le comunique la verdad. El paciente, desea que se le informe de su enfermedad y de las alternativas a seguir,

para poder tener la opción de asentir, modificar o rechazar lo propuesto por el médico (Beauchamp,1989).

En general, la situación concreta y las circunstancias acompañantes indicarán la primacía de uno u otro, exigiendo siempre el análisis prudente y de forma razonada, y teniendo en cuenta que entre ellos hay una jerarquía y prioridad en función del nivel público o individual de su alcance. Como recuerdo se aporta el alcance de cada uno de los principios básicos:

1. **Principio de autonomía** basado en la capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones sobre los actos médicos practicados sobre él. En este principio se contempla la práctica del consentimiento informado que permite autorizar el acto médico tras la información necesaria y ajustada a capacidades del paciente para su comprensión.
2. **Principio de beneficencia** basado en hacer el mayor bien al paciente de acuerdo con el conocimiento médico actualizado y procurando respetar sus valores y preferencias. Este principio junto con el de autonomía constituyen una ética de máximos, o desde la visión del individuo, ya que ponen en juego el sistema de valores de cada persona y su concepto de bienestar, salud, etc.
3. **Principio de no maleficencia** basado en buscar no dañar a los pacientes o minimizar el daño de la actuación sanitaria por falta de conocimiento actualizado, impericia o negligencia, así como no abandonarlos en los momentos de necesidad.
4. **Principio de justicia** basado en la distribución equitativa de los bienes y servicios sin distinciones, para proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y conforme a un interés público. Con él garantizamos el trato de cada paciente como le corresponde y con la misma atención clínica a todos en un momento dado. Este principio junto con el de no maleficencia

constituyen el marco ético básico o nivel público en el que se defienden los valores mínimos de la sociedad jurídicamente, y sobre el que actúan los profesionales sanitarios con equidad, buscando no dañar (Celedón, 2016; (Hillman, 2002)

2.7. Aspectos relacionados con la autonomía del enfermo

En la atención del paciente en urgencias, también el paciente debe tomar su decisión libremente, como ocurre en cualquier circunstancia en que se produzca una relación médico-paciente. Así pues, se debe tener en cuenta que el consentimiento informado es un derecho reflejado en la legislación y no basta conformarse con simplemente hacer cumplir la Ley sino alcanzar el máximo de calidad de nuestro actuar médico. En urgencias cuando se trata pacientes inconscientes el médico debe actuar en el mayor beneficio del paciente y pensando en su mayor interés.

El consentimiento informado debe de tener unos contenidos mínimos, ha de ser comprensible y lo más neutro posible e intentar que se produzca sin coacción. La información se debe dar tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento y sus alternativas. En urgencias el paciente está en situación de tensión emocional y no es capaz de comprender las explicaciones, por lo anterior se persuade al paciente, es decir, se le dan razonamientos y sin darle la oportunidad de que efectúe algún tipo de elección se actúa; esta forma de actuar es ética y legalmente aceptable sólo en situaciones de urgencia. Otras veces se actúa de forma coercitiva, obteniendo el consentimiento del paciente bajo la coacción de no seguir atendéndole o diciéndole que pida la alta voluntaria si no se realiza determinado tratamiento o prueba diagnóstica, y también en otras situaciones se recurre a la manipulación y se presenta la información de tal forma que el paciente toma la decisión que quiere el personal de salud.

Dentro de los contenidos mínimos que debe tener el consentimiento informado son:

1. Descripción del procedimiento propuesto, sus objetivos, manera en que se llevará a cabo, riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.
2. Beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.
3. Posibles procedimientos alternativos con sus riesgos, molestias y efectos secundarios respectivos, y explicación de los criterios que han guiado al médico en su decisión de recomendar el elegido en lugar de éstos.
4. Efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles.
5. Comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar toda la información si lo desea, y a resolver todas las dudas que tenga.
6. Comunicación al paciente de su libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

Evaluar la capacidad del paciente para tomar una decisión es un problema en urgencias, un porcentaje de pacientes cuando llegan a urgencias presentan un estado de especial vulnerabilidad, ansiedad y obsesión, por su dolencia, que muchas veces no atiende al razonamiento. No olvidar que un porcentaje de ellos no son competentes por pérdida de conciencia y existe la necesidad de actuar de forma urgente. Así pues, primero el médico debe juzgar la capacidad del paciente y, una vez que considera que no es capaz, debe dar la información a sus familiares o allegados. Los pacientes en urgencias deben tener un tiempo de reflexión con la familia o allegados, para tomar sus decisiones (Vázquez, 2009)

Moskop, (2006) en un estudio en los centros de emergencias en Estados Unidos demostró, el uso del consentimiento informado como un derecho legal y con un proceso moral recomendado que permitió a los pacientes poder participar en la toma de decisiones acerca de la atención que reciben. Se identificaron, desde un punto de vista ético, cuatro habilidades funcionales clave para compartir

la toma de decisiones en situaciones de emergencia médica clínica y el riesgo inminente en situaciones de muerte: 1) la capacidad del paciente para comprender la información relevante para la decisión de su tratamiento; 2) la capacidad de los implicados de apreciar el significado de cada información para cada situación que enfrentan; 3) la capacidad de los profesionales de la salud de usar la razón para contribuir en el proceso lógico de las opciones de tratamiento; y 4) la capacidad del paciente para expresar la elección.

En el ejercicio de la medicina con pacientes en estado crítico condiciona una forma importante, el despliegue de capacidades y competencias que debe poner en juego el personal de salud, y exige, por parte de ellos mismos y del sistema de salud que los acoge, una preparación técnica y psicológica, apoyada en procedimientos asistenciales y entrenamiento, así como una reflexión ética integrada que permita una toma rápida de decisiones en el momento de la emergencia, basada en la deliberación previa de las posibles soluciones a tomar.

La urgencia médica tiene el inconveniente de que se debe actuar sobre una persona que requiere atención inmediata tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico y de la cual se desconoce todo y con la que no se tiene tiempo a familiarizarse. El desconocimiento de la persona y la inmediatez con lo que se debe actuar son dos factores que plantean problemas éticos en muchas circunstancias.

Para abordar los problemas de asistencia ética en el servicio de urgencias seguiremos el esquema propuesto por Jonsen, Siegler y Winsdale, que es:

- **Indicación médica.** Se refiere al diagnóstico y posterior tratamiento que debe hacerse con el paciente en cuanto se evalúa su situación clínica. Para realizar esto de una forma justa es necesario tener protocolos clínicos que estén basados en evidencia clínica o guías de actuación consensuadas con las diversas sociedades médicas nacionales e internacionales. La forma de

llegar al diagnóstico y al tratamiento debe realizarse conforme a estándares aceptables para la sociedad en general.

- **Preferencias del paciente.** Siempre que sea posible se deben seguir las preferencias del paciente en cuanto a las actitudes de diagnóstico y de tratamiento. Recordar que, lo que el médico considera que es lo mejor, es posible que el paciente no lo vea como tal y el médico no debe obstinarse en imponer sus valores sobre los del paciente.
- **Calidad de vida.** Se relaciona con preferencias del paciente y sólo él puede evaluar y decir qué calidad de vida es la que cree que puede y quiere llevar. Cada persona tiene unos valores que rigen su vida. El médico puede no tener la misma idea de calidad de vida que el paciente, para eso debe informar de forma objetiva en cuanto al diagnóstico, posibilidades de tratamiento y también en cuanto al pronóstico.
- **Factores contextuales.** Son los factores que rodean al paciente, su familia, las circunstancias sociales, los aspectos legales y económicos, las creencias religiosas, etc. El impacto de la decisión que tome el paciente afectará al médico y al equipo que atiende al paciente. Las decisiones médicas se deberían tomar en equipo si es posible y esta decisión puede afectar a cada uno de los miembros del equipo, que también deben estar formados en cuestiones éticas de la toma de decisión

2.8. Voluntad anticipada y voluntad sustituta en medicina de urgencias

Las Instrucciones previas son documentos de carácter legal con instrucciones previas por medio de los cuales ponen en conocimiento de la sociedad la atención médica que les gustaría recibir en determinadas circunstancias o designan a una persona para que decida por él. Los pacientes

que se atienden en urgencias con parada cardiorrespiratoria, ictus o tumores pueden tener decidida sus instrucciones previas. Se debe respetar el derecho que tiene toda persona a gestionar su propia vida siguiendo el principio de autonomía de la bioética. En las urgencias médicas, se debería tener acceso a las instrucciones previas para actuar en consecuencia y estas instrucciones previas como siempre se deberían interpretar de una forma prudente respetando al máximo la voluntad del paciente (Del Pozo,2014).

Las decisiones en relación con la salud que se toman al final de la vida se ven influenciadas por las situaciones en las que pueden encontrarse profesionales de la salud y pacientes. Estas decisiones se mueven en un amplio panorama de posibilidades que incluyen desde el encarnizamiento terapéutico hasta la eutanasia, pasando por los cuidados paliativos, que constituyen un valioso esfuerzo por encontrar un punto intermedio entre los dos extremos anteriores. Entre este sinfín de posibilidades hay que tener en cuenta la limitación del esfuerzo terapéutico, la valoración de la calidad de vida, el rechazo al tratamiento y, por supuesto, las instrucciones previas, las cuales, no siendo de aplicación exclusiva al final de la vida, se utilizan fundamentalmente con este objetivo.

En medicina de urgencias se deberá estar preparado para procurar a pesar de las características de esta noble profesión tiempo dependiente, tener un tiempo de reflexión ética para lograr la difusión de este concepto de voluntad anticipada y sustituta en el personal sanitario y la población en general, ya que es una herramienta que nos ayudaría a evitar practicar cada vez más una medicina defensiva.

Se necesita reflexión y diálogo de los profesionales y pacientes de cara al final de la vida y compartir objetivos en ese momento es fundamental para la calidad de la asistencia y para eso son necesarios cambios en los profesionales y en las instituciones de salud. Es necesario incorporar al paciente a las decisiones en su atención en salud, así como a la familia, y no sólo a través del

consentimiento informado, también en esta relación previa y conocimiento de su historia de vida y de sus voluntades para cuando se produzca el término de su vida. Deberíamos también conseguir sacar los testamentos vitales del mundo de lo legal para integrarlos totalmente en el mundo sanitario. No son un documento jurídico principalmente, como tampoco lo son el documento de consentimiento informado o la historia clínica, que no pueden perder su función primaria de servir a la mejor relación médico o equipo de salud y paciente, ahondando en la confianza mutua que debe existir y la interrelación basada en el respeto ético a la dignidad de la persona del paciente (Del Pozo, 2014; León, 2008).

2.9. Justicia distributiva en medicina de urgencias

2.9.1. Justicia y equidad en la distribución de los recursos en los sistemas de salud

En toda la práctica médica se deberán salvaguardar los recursos de instituciones públicas y privadas para beneficiar al mayor número de pacientes, así como también se debe ser un líder con amplia experiencia asistencial construida con el día a día, con curiosidad y entusiasmo ilimitado, en donde se aceptan correr riesgos y retos, actuando con prontitud y de manera efectiva.

Son diversos los problemas éticos relacionados con el principio de justicia que los profesionales de la salud enfrentan en su ejercicio profesional. Estos se relacionan generalmente con el uso racional de los recursos de salud y la no discriminación de las personas. En los programas de formación profesional estos desafíos se abordan en temáticas como el control del gasto en salud, la implementación del Triage de urgencias, el acceso a órganos para trasplante, las barreras de acceso al sistema de salud o el uso prudente de las biotecnologías. Sin embargo, las problemáticas de la justicia son más complejas y requieren la identificación de las distintas perspectivas que informan la idea de justicia que subyace a los distintos sistemas y modelos de salud (Puyol ,2014).

Del principio de Justicia se deriva la equidad como obligación perfecta de tratar con el mismo respeto y consideración a las personas en el orden social, por ende, la Bioética se identifica con la no discriminación, igualdad de oportunidades y la distribución de recursos, con la pretensión de conseguir el bien social, refiriéndose a la sociedad en general y a las personas en torno al médico y al paciente. Así bien, quien solicita o recibe un beneficio sabe cuánto significa para él y sólo quien sufre un daño puede acusar la gravedad de lo que le acontece. Es cierto que el aumento de las desigualdades en salud tiene causas económicas, políticas, y hasta científicas (el progreso médico ya esgrimido), pero no se puede analizar sin la ética, es decir, sin tener en cuenta qué valor damos a la salud de las personas y la equidad. Formalmente, la equidad significa que debemos tratar a los iguales como iguales y a los desiguales como desiguales. Pero ¿quiénes son los iguales y sobre todo los desiguales en el sistema de salud? Iguales son los ciudadanos y, por tanto, todos ellos tienen que tener un acceso igual a los servicios sanitarios. El acceso a los recursos debe ser desigual en función de algún criterio de desigualdad que sea moralmente legítimo, y tradicionalmente ese criterio es o bien la necesidad médica o bien la capacidad de pago del propio enfermo. Según el primer criterio, estar enfermo es el único requisito para ser atendido, sin importar otras condiciones personales, como el sexo, la etnia, la religión, la clase social, el origen geográfico o nacional, etcétera. Según el segundo criterio, se atiende a quien puede pagar la factura que exige la institución médica o el profesional especializado.

Existen otros criterios alternativos para priorizar a los pacientes que no son nada desdeñables desde el punto de vista de la ética. Por ejemplo, podríamos priorizar a los ciudadanos que han realizado una mayor contribución social, o a los que se espera que la realicen, o a los que tienen mayores obligaciones sociales (por ejemplo, en la atención a familiares dependientes), o a los que han sabido responsabilizarse mejor del cuidado de su salud, o a los más pobres. Una vez más, queda patente que la igualdad y la equidad (en este caso la sanitaria) no son conceptos unívocos, sino que están atravesados por diferentes acepciones, cada

una de ellas con su propio peso en una discusión ética abierta y comprometida con el principio de igualdad (Rencoret, 2003).

Es de suma importancia en la comunidad médica conocer que muchas de las determinantes sociales, administrativos, factores políticos, religiosos, culturales se ven inmersos en el momento de una ética justa en la distribución de recursos en los sistemas de salud, ya sean públicos o privados, para de esta manera en un acto de reflexión, no solo quedar como gestores propios de la recuperación de la salud, si no también intervenir en forma directa como gestores de recursos en salud.

Los médicos se enfrentan cruelmente a una justicia distributiva escasamente justa a la hora de asistir a sus pacientes, en un hospital público y muchas de las demandas por mala praxis, obedecen a negligencia, imprudencia o impericia, causadas fundamentalmente por carencia de recursos sanitarios básicos o a los daños provocados mediante terapéuticas aplicadas, en pacientes ingresados por urgencia. Otro resultado inmediato es la selección de pacientes; aquí el médico no niega el servicio al enfermo; lo envía a otro centro médico con más jerarquía, donde se le atenderá con un costo mucho mayor y donde los médicos estarán más protegidos, que un profesionalista aislado en caso de una demanda. En muchos casos y particularmente en la medicina privada, el médico en el servicio de urgencias se verá aprisionado por factores externos como: la capacidad de pago, cobertura de seguros médicos, límites del tipo de seguro, demanda de una segunda opinión, y aún más cuando se enfrenta a situaciones en hospitales tanto públicos como privados que no cuenten con los insumos y tecnologías necesarias para el diagnóstico y tratamiento óptimos (Narro, 2004).

El derecho a la asistencia sanitaria no es algo dado por naturaleza, sino un logro histórico, y una conquista social del Estado de derecho. Para que ese derecho se haga efectivo, y en condiciones de equidad, se requieren muchos elementos: inversión presupuestaria, evaluación de los costes, definición del paquete básico de prestaciones, etc. Todo ello es responsabilidad de la sociedad, y también de la comunidad médica con lo cual se dará por satisfecho en su actuar

ético. Sin embargo, hay por lo menos otras dos situaciones sobre las que se debe reflexionar: en primer lugar, la realidad originada por el hecho de que los problemas que enfrenta o las facilidades de que dispone el médico, con frecuencia derivan de las determinaciones y acciones que toman los administradores. La segunda, la realidad de que muchos de los asuntos que se ven en el nivel superior en la gestión de recursos, no son analizados por profesiones con formación ética o médica, si no la integran: administradores, economistas, fiscalistas o abogados por sólo poner algunos ejemplos.

Es razonable que, ante situaciones de injusticia en la justa distribución de recursos en salud, se espere que las profesiones médicas y sociales participen en la corrección de las políticas públicas que se deben modernizar. Al mismo tiempo, para que los médicos, enfermeras, epidemiólogos, administradores, economistas de la salud y demás profesionales vinculados al campo sanitario puedan cumplir cabalmente con este compromiso, se ve la necesidad de involucrar a las universidades y centros de educación superior, en el fortalecimiento de los programas de aprendizaje que capaciten a los estudiantes a identificar el fenómeno, sus determinantes y a desarrollar las destrezas para diseñar, promover e implantar los cambios necesarios. Finalmente, conviene señalar que para tener una visión equilibrada y capaz de impulsar las transformaciones que el sistema de salud demanda, deberemos estimular el desarrollo del pensamiento complejo, considerar la incertidumbre y favorecer la equidad. Es imprescindible tomar en cuenta estas tres dimensiones, para construir un saber capaz de impulsar el cambio que fortalezca nuestra esencia como profesionales de la salud, al tiempo que nos permita recuperar la verdadera dimensión de lo humano.

Todos estos aspectos éticos a los que se enfrentan los profesionales en los escenarios de médicos derivados de una ética no justa en la distribución de recursos no deberían ser resueltos desde la improvisación o intuición amparada en la experiencia previa, sino a partir de una actividad reflexiva colectiva posterior, y probablemente en el marco de la formación, que permita la deliberación sobre la mejor solución a cada caso concreto y sobre todo con todo el conocimiento de

políticas públicas y tratados de globalización que afectan de cierta manera el desarrollo y la justa distribución de recursos en salud.

Expresamente se le reconoce a la equidad sanitaria tanto un cometido técnico lograr mejoras efectivas en la calidad y duración de la vida de las personas como ético, para que dichas mejoras alcancen a todos. Este componente ético está marcado por el modo en el que el sistema de salud aborda las desigualdades, responde a las expectativas, respeta la dignidad de las personas, sin discriminar, y atiende sus derechos y libertades. La mayor o menor equidad de un sistema de salud tiende a juzgarse por la mejor o peor distribución que este logre de los recursos sanitarios disponibles. Esta percepción si bien no es errónea, es limitada, pues la equidad es una cuestión ética que trasciende la sola dimensión económica. Existen inequidades, tanto en el acceso al sistema como en la atención personal, que no tienen su origen directa o necesariamente en una deficiente distribución económica (Bórquez, 2014).

2.9.2. Justicia distributiva en Medicina de Urgencias “En la Clasificación de víctimas o “Triage”

En los servicios de urgencias se establece el programa de Triage, cuyo significado es el de seleccionar entre un grupo de pacientes, cuáles son los que recibirán una priorización en su atención médica, con la finalidad de que en situaciones de contingencia se tenga una influencia en la morbimortalidad de la población

En las situaciones de emergencia en las que existe una desproporción, mantenida en el tiempo, entre la oferta de recursos sanitarios y las necesidades de la situación, es preciso establecer un método de selección o clasificación de víctimas que permita un rendimiento mayor del sistema (más número de personas atendidas con posibilidades de sobrevivir según un criterio utilitario), distribuyendo las cargas y beneficios de forma equitativa y justa (justicia distributiva), y conforme a unos criterios de viabilidad de pacientes en el tiempo de asistencia. Este Triage o

clasificación se basa en el hecho de que, ante la escasez de recursos, no todo el paciente o víctima que precisa un cuidado, tratamiento o manejo concreto, puede recibirlo, siendo necesario establecer un sistema de ayuda a la decisión en la asignación de recursos (Acharya, 2011).

De esta manera en estos programas de selección de pacientes en donde la finalidad es priorizar la atención médica, con una adecuada distribución de recursos materiales y humanos, ya sea de manera interna o local, posteriormente con apoyo estatal y/o federal y finalmente nacional e internacional. Todo lo anterior en miras de una ética aplicación en la distribución de los recursos sanitarios en urgencias médicas.

El principio de justicia distributiva en el Triage, considera estas categorías que tienen que equilibrarse en función de la situación encontrada: principio de igualdad o de no abandono o del rescatador (igual oportunidad de vida para todos); principio de utilidad mayor beneficio para el mayor número de personas con uso eficiente de recursos) y principio de prioridad o de la diferencia (selección de pacientes en función de probabilidades de sobrevivir y ofrecer tratamiento prioritario a los más graves, o por el contrario a los más “salvables” según la circunstancia). El principio de utilidad es la justificación principal de los sistemas de Triage, pero en ocasiones no deja claro qué tipo de beneficio se persigue (mayor supervivencia o calidad de vida posterior, menor discapacidades, alivio de dolor, etc.) y en qué tiempo (Moskot, 2007; Hartman 2002).

2.9.3. Justicia distributiva en Medicina de Urgencias “En la atención del paciente en las salas de Urgencias”

Partiendo de la premisa de que en los servicios de urgencias se debe tratar a todos los pacientes con la misma consideración. Existe la obligación de prestar la misma atención a todas las personas, al margen de su raza, sexo, ideas políticas, religión o situación socioeconómica, garantizar la igualdad de oportunidades y favorecer una distribución equitativa y eficiente de los recursos.

Pero también, lo antes mencionado se debe intentar conseguir los mejores resultados con el menor costo humano, social y económico.

Es evidente que los avances tecno-científicos de los últimos años en el intento de prolongar la vida (incluyen tecnología sofisticada y arsenal terapéutico de punta) generan dilemas en la práctica médica diaria en la sala de urgencias, tales como: reanimar o no a un paciente en fase terminal, aplicar soporte ventilatorio, hemodinámico o de otro tipo al que por su enfermedad de base se infiera tendrá una evolución tórpida (tratamiento fútil), hasta qué punto hay certeza de evolución con desenlace fatal, si se aplica soporte de inicio, cuándo retirarlo, se está salvando o prolongando la agonía, deben aplicarse medicamentos y procedimientos diagnóstico o terapéuticos de elevado costo en estadios finales de enfermedades avanzadas, etc. En este contexto se debe partir de un conjunto de principios en juego, además de la preservación de la vida, como son el alivio del sufrimiento, sobre todo del inútil e innecesario, el de no hacer daño, (*primum non nocere*), el respeto por la dignidad de la persona, los de autonomía e inviolabilidad y el de justicia distributiva en cuanto a la utilización de recursos limitados. Todo esto genera conflictos y debe estar definida la postura ética adecuada. Como se ha explicado hasta aquí, en dependencia de la ideología y filosofía de los practicantes existen divergencias de criterios, en nuestro medio está bien establecida la conceptualización de conductas. El primer problema ético es el cuestionamiento de si existe diferencia, desde el punto de vista moral, entre no iniciar un procedimiento de sostén de funciones vitales y el suspenderlo después de comenzada su aplicación, por considerarlo inútil. Otro es el relativo al tipo de medidas que pueden ser omitidas o retiradas debido a su utilidad, si existe el criterio unánime de la imposibilidad de recuperación de un enfermo (Bembibre, 2003).

Aunque uno de los objetivos iniciales de la medicina de urgencias es la estabilización del paciente en estado crítico, para con esto evitar la muerte prematura, así como el tratamiento de las enfermedades reversibles que

amenazan la vida durante un período de tiempo, hoy en los servicio de Urgencias también se atiende personas que han fallecido por patologías diversas (traumáticas, neurovasculares, degenerativas, etc.) con criterios clínico y Electroencefalográficos de muerte cerebral y que son donantes potenciales de órganos para trasplante. En donde en estos casos, los tratamientos de soporte vital (TSV) tienen algunas veces beneficios inciertos, y pueden causar algún daño; siendo además muy costosos, y que muchas ocasiones crean auténticos problemas de justicia distributiva, dada la realidad de la escasez de recursos (De los Ríos, 2017).

2.10. Metodologías para deliberación de dilemas bioéticos

En busca de una bioética aplicada médica asistencial se han propuesto diversos métodos para el análisis de los problemas éticos, esto es así porque los problemas con los que se enfrenta la ética y más concretamente la bioética son tan reales que no necesitan explicación, pero a la vez son tan complejos que sí necesitan de un método adecuado para enfocarlos y resolverlos. Por tanto, una de las mayores preocupaciones de la bioética, ha sido la de encontrar procedimientos o métodos de análisis de los problemas éticos que permitan una toma correcta de decisiones. La necesidad de contar con un método para el análisis de casos bioéticos y poder emitir una posterior sugerencia es un tema ineludible para, al menos, quienes se dedican a esta rama de la bioética de forma cotidiana. Así, se podrá discutir sobre el orden de los pasos en el discernimiento, los posibles dilemas éticos que se presentan en distintas situaciones, así como su importancia para el abordaje del caso; pero nunca habrá disenso sobre la importancia de contar con una metodología que permita cierta objetividad ante la circunstancia dada. Al considerar el carácter interdisciplinario de la bioética, el método reflejará los elementos propios de cada disciplina y ello permitirá discutirlos dentro de un cierto orden y, a pesar de que no existe un consenso respecto de cuál es mejor, todos parten, en un primer momento, de los aspectos empíricos del caso en cuestión, para después abrir el debate a los elementos más subjetivos, donde

entrarían la consideración de preferencias, juicios y valores, así como de los posibles dilemas éticos en conflicto(Gracia, 2008).

La deliberación es en sí un método en el cual se establecen unas fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo que quiera ser correcto. El análisis crítico de casos bioéticos debe constar siempre de unos pasos básicos, que son los siguientes:

1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.
2. Discusión de los aspectos médicos de la historia.
3. Identificación de los problemas morales que presenta.
4. Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir.
5. Identificación de los cursos de acción posibles.
6. Deliberación del curso de acción óptimo.
7. Decisión final.
8. Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

Para la evaluación de la calidad ética sobre un curso de acción deberá ser analizado siempre en dos fases, contrastándolo con los principios en juego y con las consecuencias previsibles, de tal manera que los principialistas extremos suelen afirmar que las decisiones deben tomarse sólo a la vista de los principios, ya que consideran estos absolutos e inmutables, por otro lado, los consecuencialistas extremos, de forma contraria, piensan que la corrección de un acto sólo se mide por sus consecuencias.

2.10.1. Metodología del Principismo (Beauchamp y Childress)

El enfoque es la identificación de algunos principios (de nivel práctico) de la bioética sobre los cuales la Históricamente el método principialistas se expuso de manera pública en las reuniones de la Comisión Nacional para la Protección de

Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento en los E. U., y fue promulgado en 1974 en el Informe Belmont. Esta posición fue planteada filosóficamente en el libro *Principios de ética biomédica*, publicado en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress gente de varias perspectivas teóricas, -protestantes, católicas y filosóficas, estos principios se describen a continuación:

- a) **Principio de no maleficencia.** Se basa en la máxima *Primum non nocere* (ante todo, no hacer daño al paciente). Esta formulación, ya encontrada en los textos de Hipócrates, ha sido formulada de diversas maneras. Se trata, ante todo, de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

- b) **Principio de beneficencia.** Se sobreentiende que el fin del cuidado médico es la salud o el bienestar del paciente. El sentido positivo de la “beneficencia” requiere que el tratamiento médico contribuya a la mejora física del paciente. A veces no es tan sencillo: los beneficios pueden ser obtenidos a menudo solo con riesgos concomitantes, y el tratamiento es cuestión de valorar el peso de los beneficios esperados. Le pertenece al paciente decidir si los beneficios potenciales valdrían los riesgos sobre posibles consecuencias no deseadas.

- c) **Principio de autonomía.** El derecho básico del individuo es el de elegir por sí mismo el curso de su tratamiento médico. La autonomía incluye dos aspectos: la libertad de la influencia controladora y la capacidad de acción intencional. Algunos filósofos dicen que la razón también es un requisito de la autonomía, pero el concepto de la razón es difícil de especificar. Las razones dadas por una persona no parecen adecuadas para otras y esto puede traer disputas sobre lo que es razonable y lo que no. El principio o derecho de autonomía fue la demanda principal del movimiento de los derechos de los pacientes. Esta nueva forma de ver al paciente (ahora como parte activa en el proceso de tratamiento) ha puesto en jaque al tradicional paternalismo de la beneficencia.

d) **Principio sobre la justicia.** Existen diferentes opiniones acerca de la cuestión de qué tipo de individuo tiene derecho a que formas de cuidado en la asistencia sanitaria, también sobre si hay que privilegiar a ciertos sectores o clases desprotegidas o grupos vulnerables. Podemos decir que, en general, el principio de la distribución equitativa debe aplicarse al cuidado de la salud sin importar, de primera mano, el sector social al cual se pertenece, eso sería lo ideal, aunque en la teoría se privilegie a los más y en la práctica a los menos.

Debemos señalar que los principios de facto no son armónicos, sino que presentan, en algunas ocasiones -a veces más de las esperadas-, conflictos entre sí (jerarquización de principio). Cada uno de estos criterios contiene razones, y van cargados de las motivaciones e intereses de quienes los promueven, lo cual genera un conflicto. Por lo que podemos concluir que en la forma de interpretar los conceptos pueden existir conflictos, ya que al momento de considerarlos intervienen de manera previa sentimientos, perspectivas culturales e intereses personales y/o locales (Arellano, 2012).

2.10.2. Metodología de principios Utilitaristas (Peter Singer)

Este es el método más próximo a la ética objetivista-fundacionalita-deductiva, pues considerara a los axiomas básicos de la ética como principios de un método en vez de estimar que son sustanciales. El enfoque de Peter Singer propone una combinación de la universalidad formal con una perspectiva utilitarista, considera que casi todos los filósofos están de acuerdo en que “la ética requiere un punto de vista universal” (mencionando por ejemplo a Kant, Hume, Bentham, Rawls, Habermas y Sartre).

Singer adopta por ello una postura utilitarista ya que hace énfasis en la satisfacción de los intereses de los implicados, pero sin abandonar la parte formal de la estructura de un axioma ético: ...al aceptar que los juicios éticos deben ser realizados desde un punto de vista universal, acepto que mis propios intereses no

pueden, simplemente porque son mis intereses, contar más que los intereses de cualquier otro. De este modo, cuando pienso de un modo ético, la preocupación natural de que mis propios intereses sean tenidos en cuenta debe ser ampliada para incluir los intereses de los demás (Arellano, 2012).

Debemos, de acuerdo con el utilitarismo elegir acciones que beneficien a la mayoría, y un buen ejemplo de esto lo encontramos en la declaración de los derechos humanos, que beneficia a la humanidad en su conjunto, pues asegura el cumplimiento de los intereses de la mayoría de las personas (utilitarismo de reglas), lo cual nos lleva al segundo criterio. Sin embargo, debemos elegir dichas acciones solamente con la condición de que estemos dispuestos a recomendarlas o prescribirlas universalmente o al menos, con dicho carácter, dentro de cualquier sociedad similar a la nuestra en todos los aspectos relevantes, como la defensa de la democracia, de la autonomía de las personas, del cuidado y posesión de sus bienes materiales. Podemos afirmar que este tipo de método es utilitarista en cuanto prescribe que aquello que sea considerado como bueno lo será de acuerdo con los intereses de todos los afectados, puesto que guarda una peculiaridad universal-formal al estar de acuerdo con la idea de que cada persona debe actuar igualmente en situaciones idénticas en tanto seres racionales, lo cual implicaría un estatus de consistencia y/o coherencia.

2.10.3. Metodología de la casuística (Jonsen)

En la casuística las acciones morales no se pueden determinar por medio de estimaciones abstractas de los beneficios, la aplicación de reglas universales, la comunicación discursiva o el cumplimiento de ideales conceptuales. Las decisiones éticas, según la perspectiva “casuística”, no se pueden separar de las situaciones reales, en las cuales los individuos toman estas decisiones. Según las perspectivas contextualistas o situacionistas un individuo puede descubrir sus propios deberes únicamente dentro de la estructura de su propia vida. Por consiguiente, la moralidad se basa en los detalles de la vida de un individuo en relación con las vidas de otras personas. Estas perspectivas modernas del

contexto o de la situación tienen una relación importante con la teoría histórica de la casuística (Singer,1995).

La casuística en este sentido, según Jonsen y Toulmin, puede considerarse como el análisis de asuntos y cuestiones éticos, utilizando procedimientos de razonamiento basado en paradigmas y analogías, los cuales conducen a la formulación de opiniones expertas sobre la existencia y el peso de obligaciones morales, expresadas en reglas y máximas generales, pero no universales ni invariables. La idea central de la casuística es que, en vez de deducir lo correcto desde los principios éticos se usa un método inductivo de comparación de casos para llegar a una opinión acerca de un caso particular. Algunos filósofos (y teólogos) distinguen la casuística como un método para aplicar los principios de una perspectiva teórica a problemas concretos de manera deductiva (sobre todo en la vertiente católica). Sin embargo, otros filósofos lo juzgan como un método para desarrollar principios de manera inductiva (Jonsen, 1988).

Podríamos pensar que esta última metodología en el ámbito de dar soluciones a los dilemas éticos presentes en la práctica de la medicina de urgencias es la que se apegaría más a las características de esta especialidad, sin embargo, las demás metodologías podrían también servir en situaciones deliberativas más prácticas, siempre y cuando se aplique de forma adecuada. Sin embargo, todas las metodologías pueden ser de utilidad según el escenario ante el cual se este presentando el dilema ético, por lo tanto, el médico especialista en medicina de urgencias debería estar familiarizado con las diversas metodologías, lo cual abonaría a mejorar su práctica clínica.

III. METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo, y reflexivo con perspectiva ética, con el objetivo de identificar los diferentes dilemas éticos en la práctica médica de la Medicina de Urgencias en el Hospital General Regional (HGR) No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Querétaro. Para la anterior, se solicitó censo nominal al departamento de personal

del HGR No. 1 del IMSS, en donde se reportó 39 médicos con categoría de Médicos especialistas en medicina de urgencias.

El presente estudio de investigación se sometió a la aprobación ante el Comité Local de Investigación y Ética en Salud del IMSS en la plataforma correspondiente, bajo la asesoría del Coordinador de Educación e Investigación de la UMF 13. Posterior a la autorización del comité de investigación, el formato propuesto de entrevista fue aplicado por él investigador responsable de este proyecto tratando de cubrir el mayor universo posible de médicos de base y/o suplentes con especialidad en medicina de urgencias asignados al servicio de urgencias del H.G.R. No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro.

Posteriormente se entrevistó al personal de ambos sexos, turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada que se encontraran laborando en los servicios de urgencias bajo los criterios de selección previamente descritos; y que, aceptaron contestar el cuestionario. Previa lectura y firma del consentimiento informado los cuales se entregaron en fotocopia y fueron requisitados a pluma. El formato fue contestado fuera de su horario de trabajo, en un ambiente tranquilo con un tiempo máximo de 30 minutos. El cuestionario de entrevista consto inicialmente de un encabezado con datos sociodemográficos como: edad, sexo, religión, antigüedad laboral, jornada de trabajo, categoría del entrevistado (médico urgenciólogo de base o suplente). Posteriormente se enlistaron 15 preguntas cerradas con las siguientes opciones de respuestas: nunca (0%), pocas veces (1%-33%), a veces (34-67%) y frecuentemente (68% al 100%). Cabe señalar que durante todo momento el investigador responsable estará con el entrevistado explicando verbalmente las dudas que surjan al momento de contestar las preguntas contenidas en el formato de entrevista en forma clara y con veracidad.

3.1. Objetivo general y Objetivos específicos

En relación con el objetivo general se trató de identificar los diferentes dilemas éticos en la práctica médica de la medicina de urgencias en el Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social Del universo total de médicos correspondiente a treinta y cinco médicos. En cuanto a los objetivos específicos se describieron las situaciones sociodemográficas del personal entrevistado , también se evidenciaron los diferentes dilemas éticos en el servicio de urgencias durante diagnóstico y/o procedimiento terapéutico (tratamiento fútil, orden de no reanimar, ausencia o presencia de voluntad anticipada, ausencia de consentimiento informado), de la misma manera se documentó el uso de la ética de principios y el principio ético involucrado (Autonomía, beneficencia, maleficencia y justicia) y finalmente se identificaron las diferentes metodologías utilizadas para resolver los diversos dilemas éticos por parte del personal de salud involucrado (principalísimo, utilitarismo, casuística, hermenéutica).

3.2. Técnica de recolección de la información.

Se realizó un formato de instrumento con diferentes preguntas para aplicarse al universo de trabajo ya mencionado, posteriormente se llevó cabo la validación de constructo, criterio y contenido del instrumento por una ronda de expertos en donde se incluyeron médicos especialistas en urgencias, en ética, bioética y en construcción de instrumentos, y de acuerdo con sus observaciones se realizó la modificación de los ítems, después se realizó una prueba piloto con 10 médicos Urgenciólogo del Hospital General Regional No. 2, Villa Coapa de la ciudad de México.

El instrumento se conformó de las siguientes dimensiones, un primer apartado donde se recababan datos sociodemográficos, los cuales se marcaría en un espacio correspondiente según el personal entrevistado; estos datos fueron: edad, sexo, religión, antigüedad laboral, jornada de trabajo, categoría del entrevistado (médico urgenciólogo de base o suplente). Posteriormente se enlistaron quince preguntas con las siguientes opciones de respuestas: nunca

(0%), pocas veces (1%-33%), a veces (34-67%) y frecuentemente (68% al 100%). En referencia a las preguntas que evalúan el dilema ético que se presenta, se encuentran los numerales: 1 y 4 (tratamiento fútil), 2 (negación a la transfusión), 3 (ausencia de voluntad anticipada), 7 (ausencia de consentimiento informado). El principio ético involucrado: Autonomía se representó por los numerales 2, 3, 6, 7. El de Beneficencia por las preguntas de los numerales 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15. El de no maleficencia fue representado por los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15), referente a la Justicia se evaluó en las preguntas 2, 10, 11, 14, 15; y Finalmente respecto a la metodología para resolver los diferentes dilemas éticos estuvo representado en las preguntas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15 (Principlista), Utilitarista (1, 3, 5, 7, 8), casuística (4, 5), y en los ítems 3, 9, y 15 (hermenéutica). Como el objetivo de la investigación no fue evaluar los dilemas si no describir que tipo de dilema se vive, no se construyeron puntuaciones y solamente se dejó el nivel de frecuencia, y de la misma manera no se analizó índice de confiabilidad.

3.3. Procedimiento del estudio

El presente estudio de investigación se sometió a la aprobación ante el Comité Local de Investigación y Ética en Salud del IMSS en la plataforma correspondiente, bajo la asesoría del Coordinador de Educación e Investigación de la UMF 13. Previa autorización del comité de investigación, el formato propuesto de entrevista fue aplicada por el investigador responsable de este proyecto tratando de cubrir el mayor universo posible de médicos de base y/o suplentes con especialidad en medicina de urgencias asignados al servicio de urgencias del H.G.R. No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro. El presente estudio pretendió entrevistar a todo el personal de ambos sexos, turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada que se encontraran laborando en los servicios de urgencias bajo los criterios de selección previamente descritos; que aceptaron contestar ambos cuestionarios y firmaran el consentimiento informado los cuales se entregaron en fotocopia y contestados fuera de su horario de trabajo, en un ambiente tranquilo con un tiempo máximo de 30 minutos

El cuestionario de entrevista consta inicialmente de un encabezado con datos sociodemográficos como: edad, sexo, religión, antigüedad laboral, jornada de trabajo, categoría del entrevistado (médico urgenciólogo de base o suplente, médico residente en formación, médico interno de pregrado). Este formato consta de 15 preguntas cerradas con las siguientes opciones de respuestas: nunca (0%), pocas veces (1%-33%), a veces (34-67%) y frecuentemente (68% al 100%).

Cabe señalar que durante todo momento el investigador responsable estará con el entrevistado explicando verbalmente las dudas que surjan al momento de contestar las preguntas contenidas en el formato de entrevista en forma clara y con veracidad. Una vez recolectados los datos se procedió al análisis estadístico de los mismos, y finalmente se realizó análisis reflexivo con perspectiva ética con la finalidad de realizar algunas propuestas o recomendaciones acorde a los resultados obtenidos de la investigación, todo apegado a una conducta ética y respetando la normativa institucional del IMSS

3.4. Análisis estadístico de resultados

El análisis de los resultados se realizó a través del programa estadístico SPSS Versión 20 por medio de estadística descriptiva en frecuencias y porcentajes. En donde se procedió al análisis de las variables sociodemográficas. Las variables cuantitativas se analizaron y describieron mediante frecuencias y porcentajes y las variables cualitativas mediante medias y varianzas. En referencia al análisis de las preguntas que evalúan el dilema ético, el principio de ética involucrado, así como la metodología para resolver los diferentes dilemas; y como el propósito de este estudio no consistió en evaluar los dilemas, si no solamente la descripción del tipo de dilema enfrentado durante la práctica médica, no se construyeron puntuaciones, dejando solamente el nivel de frecuencia. Para de esta manera desde una perspectiva reflexiva y ética conocer el comportamiento del evento, utilizando las metodologías de las éticas aplicadas como formas de

justificación y ponderación para el análisis de los dilemas éticos y morales propuestos en el libro de Teoría ética aplicada para una ética aplicada del Dr. Salvador Arrellano Rodríguez. También cabe mencionar que no se analizó índice de confiabilidad, por lo que el objetivo fue identificar los diferentes dilemas éticos a partir de los cuestionamientos en la relación médico paciente que se generan en la toma de decisiones.

3.5. Aspectos éticos

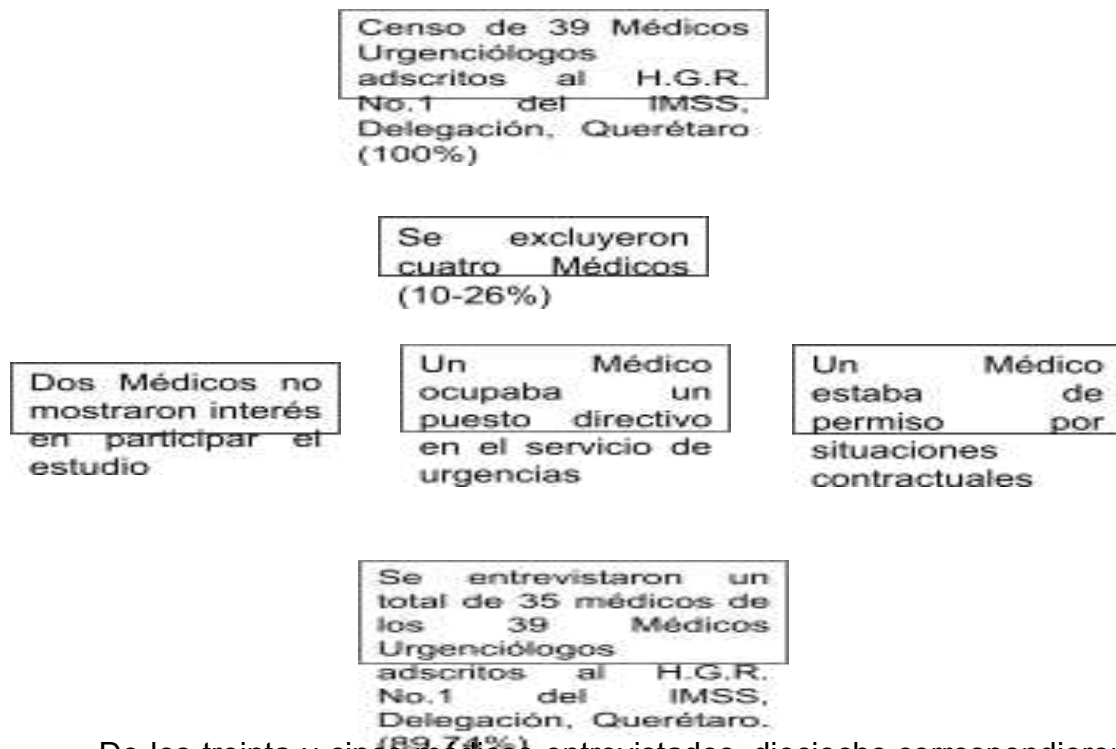
El presente estudio se apega a lo establecido a la normatividad del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, las normas de investigación institucional y las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, el presente trabajo es considerado de riesgo mínimo. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrolectivo y reflexivo con perspectiva ética, además de correlación de variables, que implica descripción de los datos mediante recopilación de información a través de formatos de entrevista escrita manifiesta en cuestionarios.

A todo entrevistado que de su consentimiento de forma verbal se le proporcionará un formato de consentimiento informado el cual deberá ser aceptado y firmado por la persona, previo a la obtención de la información. En el consentimiento informado se indica explícitamente que la información obtenida es de carácter confidencial y solo será manipulada por el equipo de investigación. La información obtenida se manejará con estricta finalidad académica.

El informante que contribuya a esta metodología tiene el derecho decidir si contesta o no la entrevista a realizar, respetando en todo momento su decisión. Se garantiza a las personas encuestadas de cualquier forma que, en esta investigación, su colaboración no será utilizada para causar ningún perjuicio, discriminación, alteración a la forma de vida de su persona (no se divulgará ninguna información no autorizada por el informante).

IV. RESULTADOS

El universo medico proporcionado por personal Delegacional del HGR No. 1 del IMSS, se encontró integrado por treinta y nueve médicos especialistas en emergencias de base y suplentes, de los cuales, solamente se logró aplicar instrumento de validación a treinta y cinco médicos (89.74%), quedando cuatro médicos excluidos del estudio (10.26%), ya que dos médicos no mostraron interés por participar en el estudio, un médico ocupaba puesto directivo en el servicio de urgencias(SU) y otro médico se encontraba de permiso por problemas contractuales como se puede ver en la gráfica número 1.



De los treinta y cinco médicos entrevistados, dieciocho correspondieron al sexo masculino (51.43%) y diecisiete al sexo femenino (48.57%), encontrando equidad de género en el personal médico que aceptó participar en el estudio, como se observa en la gráfica número 2.

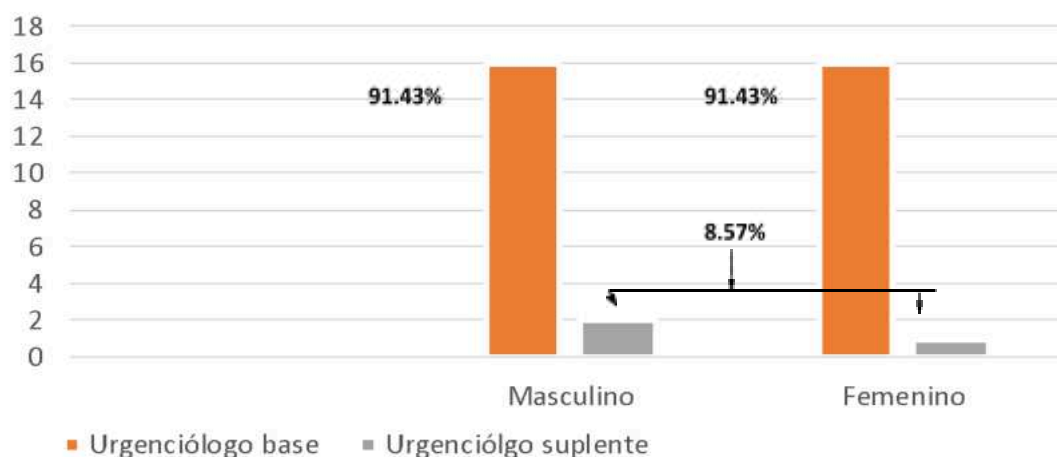


48.57
%

51.43
%

Se observo una prevalencia predominante de médicos de base con treinta y dos (91.43%) contra tres médicos suplentes (8.57%). Lo cual puede ser a causa de que la especialidad de medicina de urgencias es una especialidad relativamente nueva, es decir, tiene menos de treinta y cinco años en México. Lo anterior representado en la gráfica número 3.

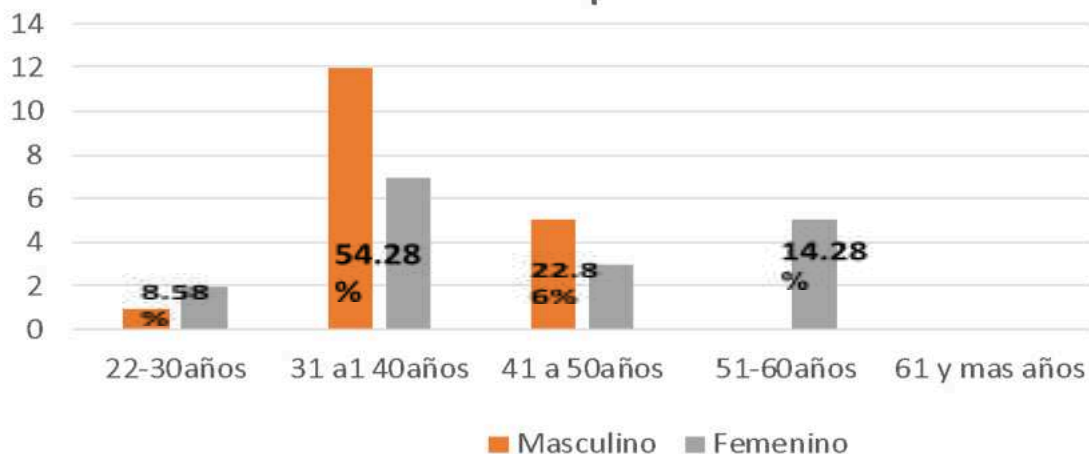
Gráfica 3. Categoría de contratación de Medicos Esecialistas en Urgencias



Fuente: Instrumento de recolección de datos

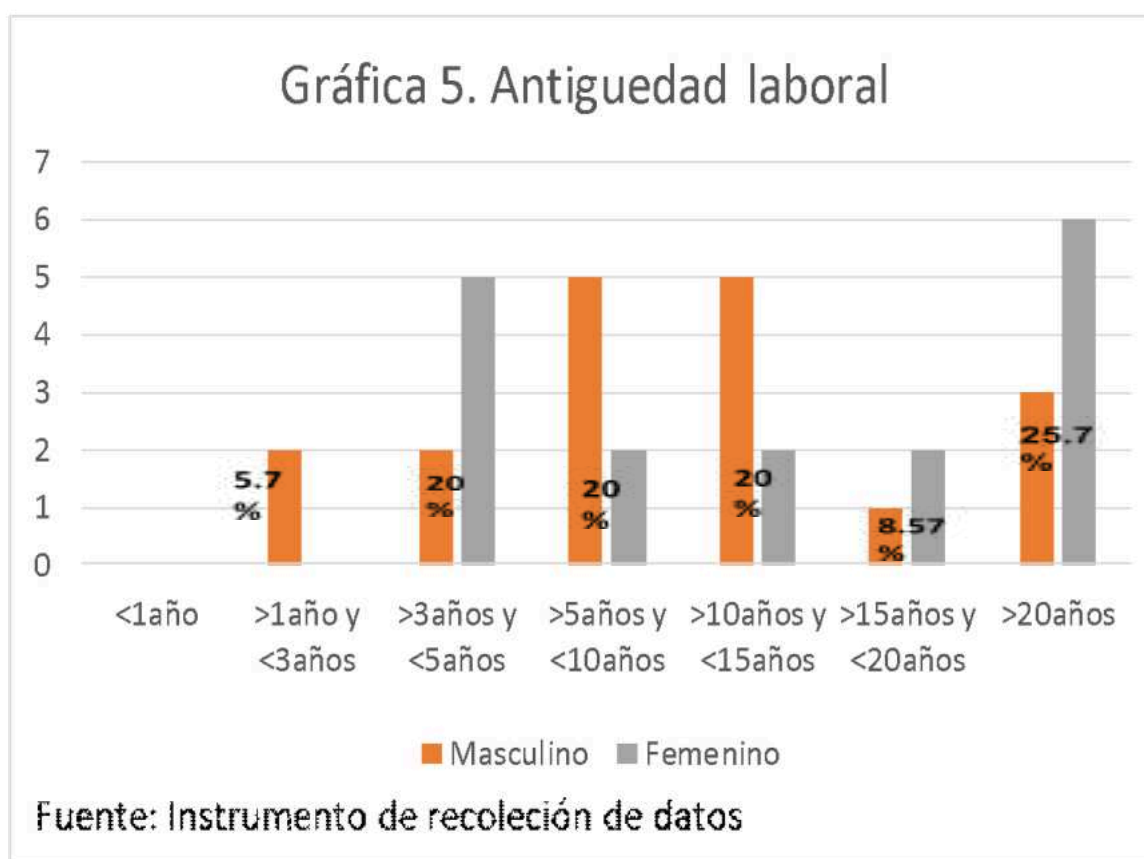
En cuanto a la distribución por grupos de edades predomino en primer lugar el grupo de 31 a 40años con diecinueve médicos (54.28%), siguiéndole el grupo de 41 a 50años con ocho médicos (22.86%), en tercer lugar, el grupo de 51 a 60años con cinco médicos (14.28%), y finalmente el grupo de 22 a 30años con tres médicos solamente (8.58%), como se aprecia en la gráfica número 4.

Gráfica 4. Grupos étarios

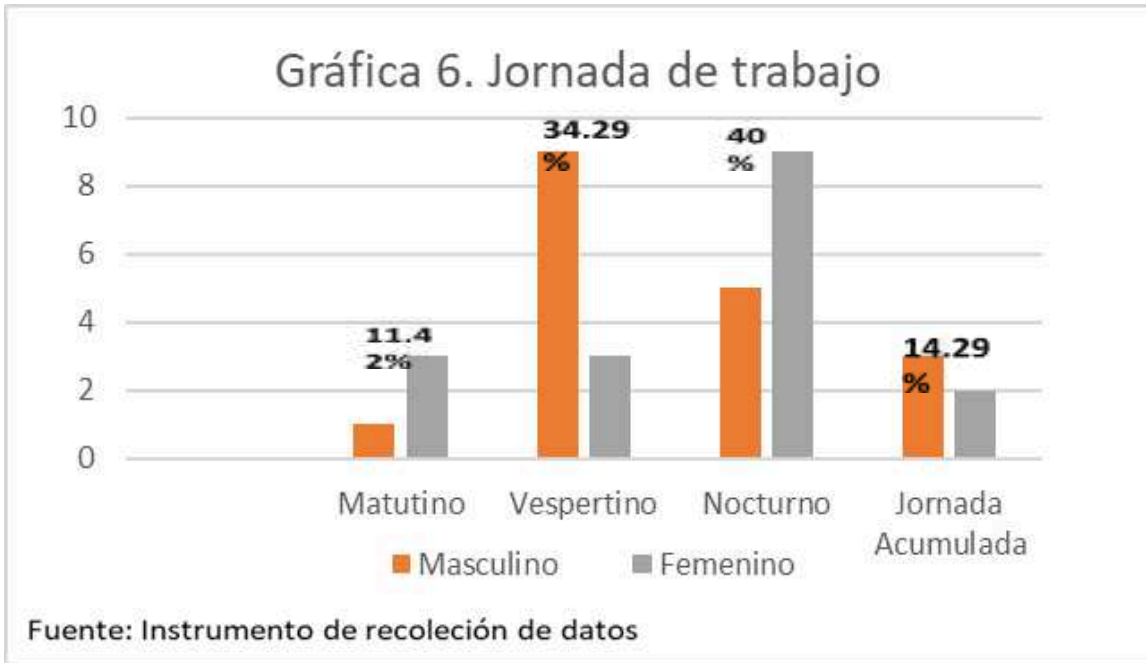


Fuente: Instrumento de recolección de datos

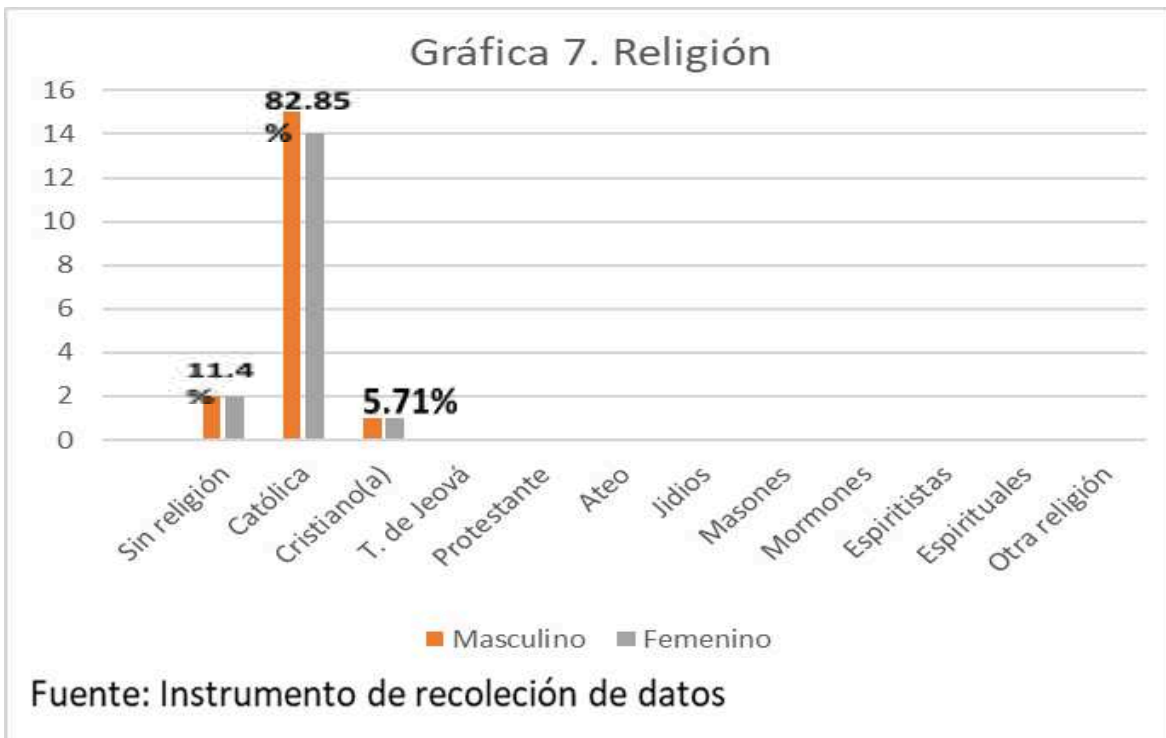
En el aspecto a la antigüedad laboral se encontraron nueve médicos en el rango de más de 20 años (25.71%), siete médicos en el rango de mayor de 3 y menor de 5 años(20%), siete médicos en el rango de mayor de cinco y menor de 10 años(20%), siete médicos en el rango de mayor de 10 y menor de 15 años(20%) en el grupo mayor de 15 y menor de 20 años solo tres médicos (8.57%) y finalmente dos médicos en el rango de mayor a 1 y menor de 3 años(5.72%), con una media de 5.8 años de antigüedad, así como se indica en la gráfica número 5.



Respecto a la jornada de trabajo catorce médicos urgenciólogos se concentran en el turno nocturno (40%), doce médicos urgenciólogos en el turno vespertino (34.29%), cinco médicos en jornada acumulada que incluye sábado y domingo (14.29%), y finalmente en cuatro médicos en el turno matutino (11.42%), expresado en la gráfica 6.



En referencia a la preferencia religiosa se encontró que veintinueve médicos pertenecieron a la religión católica (82.85%), dos médicos a la religión cristiana (5.71%) y cuatro médicos sin religión (11.44%), tal y como se observa en la gráfica 7.



El dilema ético de mayor predominio fue el de la ausencia de una voluntad anticipada, en donde treinta y cuatro médicos respondieron frecuentemente (97.15%), uno respondió a veces (2.85%), ninguno pocas veces (0%), así mismo ninguno respondió nunca (0%).

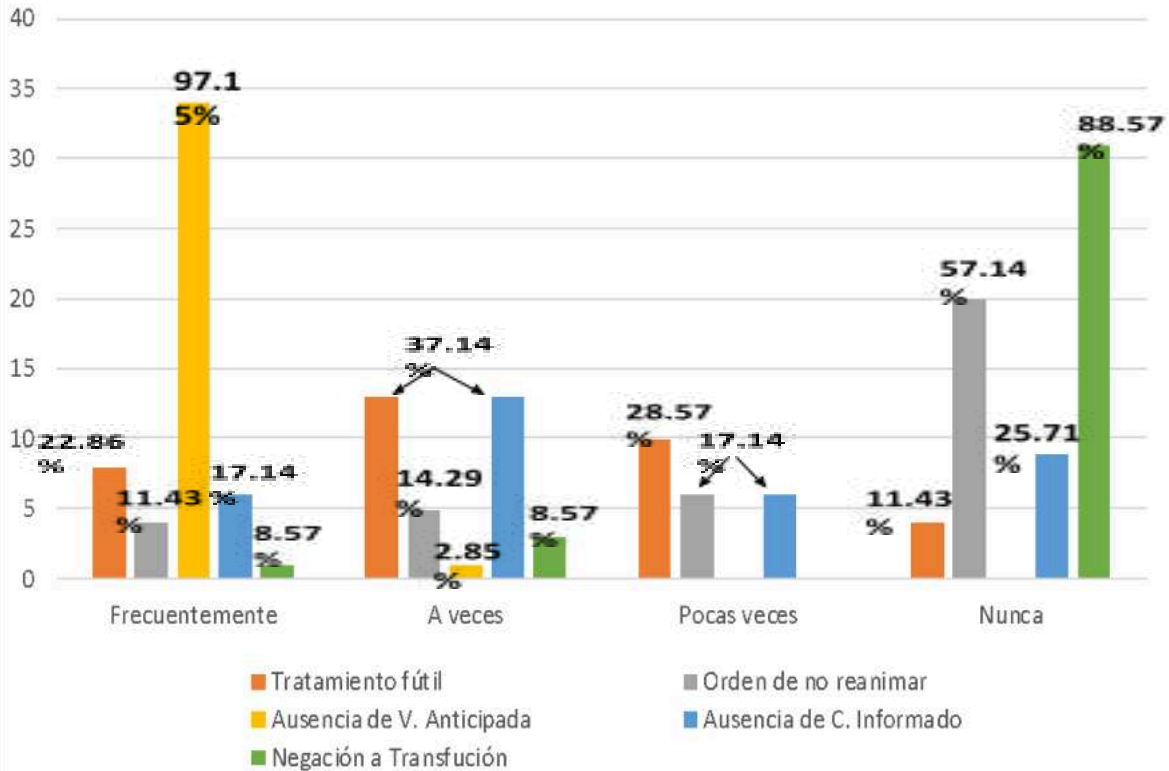
La ausencia de consentimiento informado se presentó en segundo sitio, donde seis médicos respondieron frecuentemente (17.14%), trece respondieron a veces (37.14%); seis respondieron pocas veces (17.14%) y nueve respondieron nunca (25.71%)

El tercer sitio lo ocupó el tratamiento fútil, en donde ocho médicos respondieron frecuentemente (22.86%), trece respondieron a veces (37.14%), diez respondieron pocas veces (28.57%) y cuatro médicos respondieron nunca (11.43%)

En cuarto posición se presentó la orden de no reanimar, en donde cuatro médicos respondieron frecuentemente (11.43%), cinco respondieron a veces (14.29%), seis pocas veces (17.14%) y veinte respondieron nunca (57.14%).

Finalmente, en quinto lugar, respecto a la negación a transfusión solo un médico contestó que frecuentemente esto es causa de dilema ético (2.85%), tres respondieron que a veces (8.57%), ninguno respondió que pocas veces (0%), y treinta y uno respondieron que nunca es causa de dilema ético (88.57%), tal y como se muestra en la gráfica 8.

Gráfica 8. Dilema ético



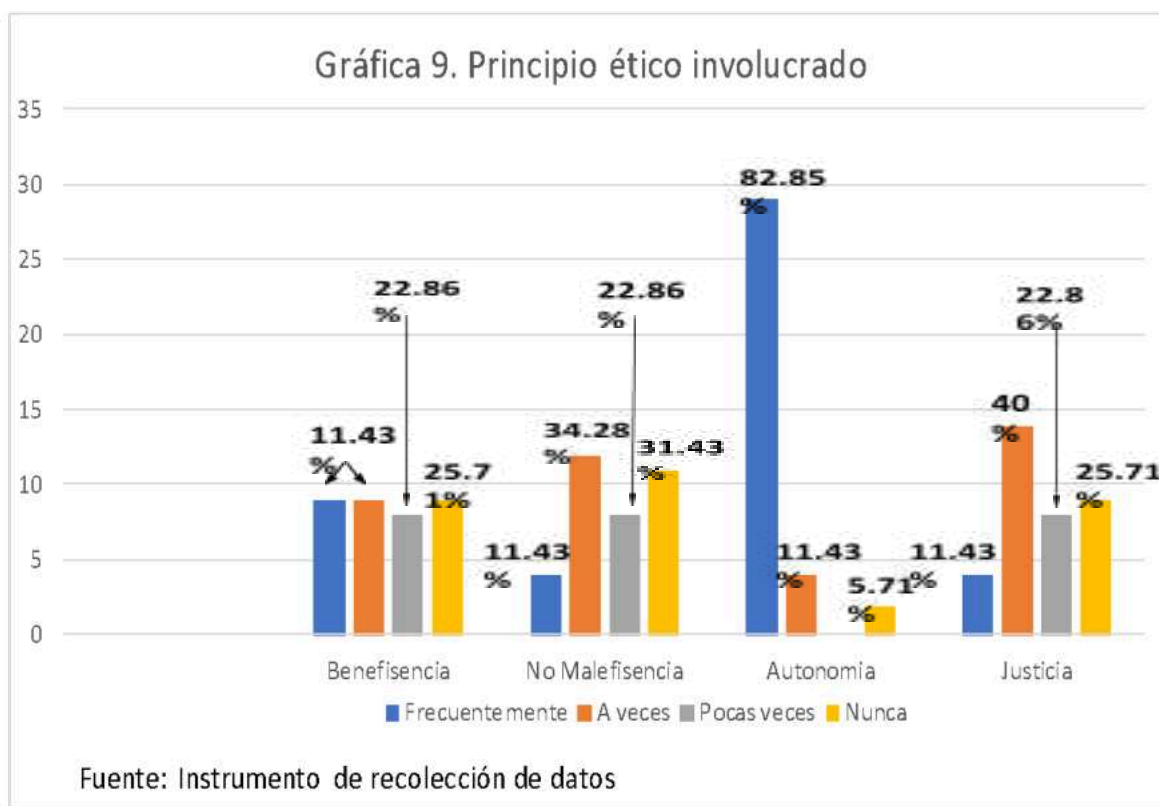
Fuente: Instrumento de recolección de datos

En referencia al principio ético involucrado en primera posición fue para el de Autonomía en donde veintinueve médicos respondieron frecuentemente (82.85%), cuatro médicos respondieron a veces (11.43%), ningún médico respondió pocas veces (0%) y dos médicos respondieron nunca (5.71%);

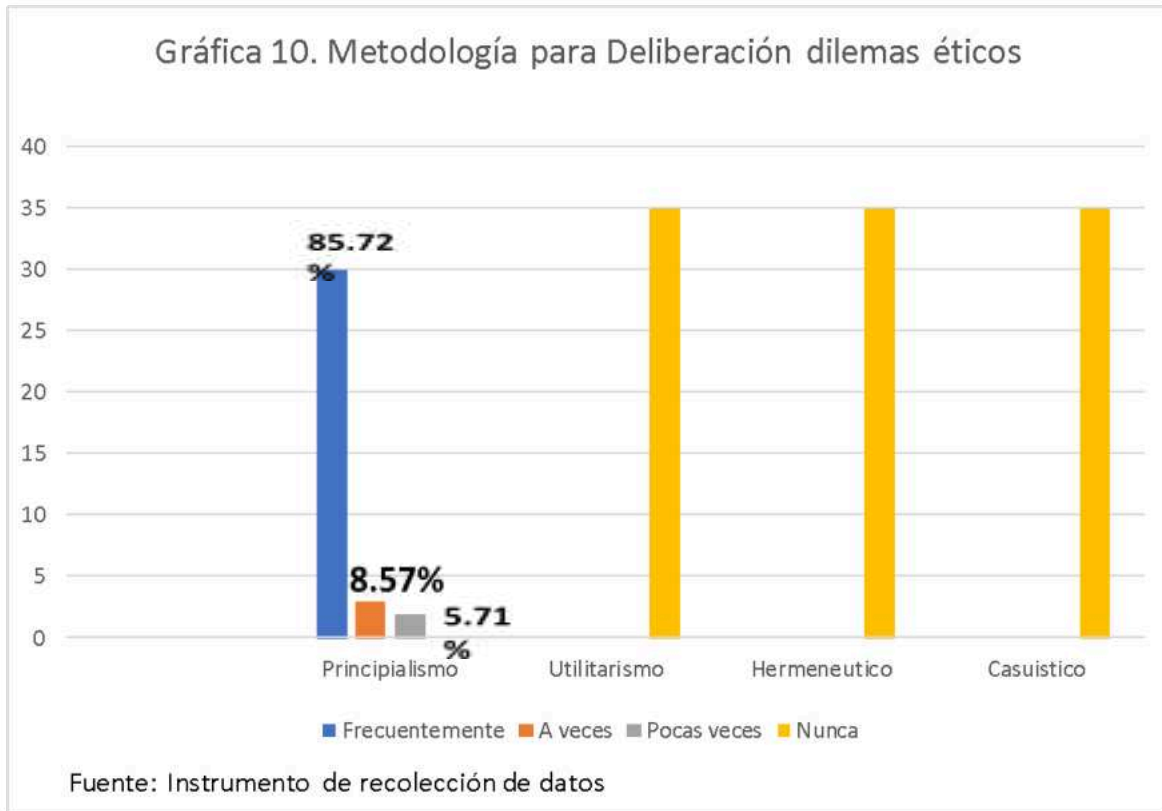
En segunda posición estuvo el principio de Beneficencia en donde nueve médicos respondieron frecuentemente (25.71%), de igual manera nueve respondieron pocas veces (25.71%), ocho médicos respondieron pocas veces (22.87%), y también nueve médicos respondieron nunca (25.71%);

En tercera posición el principio de Justicia en el cual cuatro médicos respondieron frecuentemente (11.43%), catorce médicos respondieron a veces (40%), mientras que ocho médicos respondieron pocas veces (22.86%) y finalmente nueve médicos respondieron nunca (25.71%);

Finalmente, en cuarta posición se encontró el principio de No maleficencia en donde cuatro médicos respondieron frecuentemente (11.43%), doce médicos su respuesta fue a veces (34.28%), ocho médicos respondieron pocas veces (22.86%), y once médicos respondieron nunca (31.43%). Como lo describe la gráfica 9.



En cuanto a la metodología para deliberar dilemas morales los médicos respondieron ponderando en su conocimiento solamente la metodología del principalísimo contestando con frecuentemente treinta médicos(85.72%), tres médicos respondieron a veces(8.57%), dos médicos pocas veces(5.71%) y ningún médico respondió nunca(0%); en cuanto a las demás metodologías de deliberación como la utilitarista, la hermenéutica y la casuística no son aplicables por desconocimiento de las mismas, ya que en las tres metodologías la respuesta de los 35 médicos entrevistados fue nunca(100%), como se evidencia en la gráfica 10.



V. CONCLUSION Y DISCUSION

En conclusión se puede observar que de acuerdo con los resultados obtenidos de los treinta y cinco médicos entrevistados existe equidad de género en la situación de contratación por parte del hospital, además de que existe un franco predominio de médicos en situación contractual fija y minoría de personal suplente, con lo que se puede inferir que debe existir seguramente cobertura con médicos de otras especialidades en periodos vacacionales, y por ende quizás, una diferencia en modo de afrontar dilemas éticos en la práctica de la medicina de urgencias.

Referente a el grupo de edades es evidente que el predominio fue de 40 a 60 años etapa francamente productiva, con formación y experiencia en la práctica médica de la medicina de urgencias, sin embargo, lo anterior puede también evidenciar que quizás la forma de pensar en existencia de dilemas o resolución de

estos podría darse por aprendizaje en la práctica médica de la medicina de urgencias, más que por un acto de reflexión sobre el correcto modo de actuar ante la presencia de dilemas morales.

En cuanto a la antigüedad institucional predominaron los médicos con más de veinte años de antigüedad siguiendo los grupos de tres a cinco años de antigüedad, lo que hace pensar que existen dos extremos en donde por un lado los médicos jóvenes tienen menos experiencia ante el enfrentamiento de dilemas éticos y los médicos de mayor antigüedad quizás su postura sea a la resolución de dilemas de acuerdo con su experiencia de la práctica de la medicina de urgencias.

La distribución de jornada de trabajo se encuentra mayor concentración en el turno nocturno, vespertino y jornada acumulada, seguramente obedeciendo a las características propias de un hospital de segundo nivel único en el estado, para la atención de derechohabientes afiliados al IMSS, y que en las unidades de medicina familiar de primer nivel no existe la competencia tecnocientífica en medicina de urgencias ni los recursos materiales para resolución de padecimientos que son derivados a este hospital provocando incremento y saturación. En el turno matutino la disminución de médicos probablemente responde a la mayor gestión de atención médicas en unidades de medicina familiar periféricas y a una mayor gestión de movilidad de pacientes dentro del hospital a diferentes servicios de interconsulta.

También fue evidente la preferencia de la religión católica en el gremio de médicos entrevistados, lo que pudiera explicar también que la resolución de algunos dilemas indudablemente tenga de fondo una cultura de construcción teológica por parte del médico.

Sin lugar a duda en el presente estudio se evidencia que dentro de los dilemas éticos derivados de la práctica de la medicina de urgencias el tema de voluntades anticipadas y la ausencia de consentimiento informado son precursores de la aparición de dilemas éticos, dado a las características propias de la especialidad, es decir ser una especialidad en donde el tiempo es valioso para la toma de decisiones que serán de alta relevancia para el paciente y el

médico Por lo anterior y ante ya un primer intento de regulación en el Distrito Federal marca una pauta importante para el surgimiento de legislaciones similares en otras entidades federativas.

En la actualidad, en México encontramos Ley de Voluntad Anticipada en la legislación estatal de Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí y el Distrito Federal; en Guanajuato ya fue aprobada y entró en vigor en enero de 2012. Referente al estado de Querétaro, aun se encuentra en sesión de cabildo el estudio y aprobación de la misma, quizás el presente estudio pueda servir de antecedente para trabajar en la legislación local de este documento de Voluntades anticipadas que ayudaría a evitar dilemas éticos relacionados con la ausencia de este documento. Por otro lado tal y como lo menciona Moskop (2006) en un estudio en los centros de emergencias en Estados Unidos demostró, el uso del consentimiento informado como un derecho legal y con un proceso moral recomendado que permite a los pacientes el poder participar en la toma de decisiones acerca de la atención médica que reciben, encontrando puntos clave como: la capacidad del paciente para comprender la información relevante para la decisión de su tratamiento, la capacidad de los implicados de apreciar el significado de cada información para cada situación que enfrentan, también la capacidad de los profesionales de la salud de usar la razón para contribuir en el proceso lógico de las opciones de tratamiento; y la capacidad del paciente para expresar su elección.

Tal y como lo expone Bosh (2010), en donde en su estudio uno de sus ítems fue: ¿ha recomendado o proporcionado tratamientos que mantienen la vida cuando usted juzgaba que eran fútiles?; para lo cual el 39.4% respondió : depende, el 37.0% que no, y el 23.6% que sí, siendo estos resultados similares en este presente estudio, referente al tratamiento fútil, en donde respondieron frecuentemente (22.86%), respondieron a veces (37.14%), y respondieron pocas veces (28.57%). Respecto al dilema de futilidad en medicina de urgencias en el presente estudio los resultados hacen pensar que en medicina de urgencias es importante la aplicación de protocolos tecnocientíficos de vanguardia y dejar pasar

por alto el carácter reflexivo de la obstinación terapéutica cegados por el objetivo de que salvar la vida en esta especialidad es lo primordial.

En referencia a la orden de no reanimar es evidente que ante lo expuesto del tratamiento fútil y la ausencia de voluntades anticipadas sustentan los resultados obtenidos como cuarta posición de presencia de dilema ético. Finalmente, y referente a los dilemas éticos tenemos que el mayor número de médicos tiene bien claro el dilema de la negación a la transfusión en testigos de jehová, por lo que prefieren respetar su voluntad antes que tener implicaciones medico legales o transgredir sus preferencias religiosas.

Se encontró que dentro de los principios éticos involucrados destaca la autonomía, el de beneficencia y no maleficencia, que nuevamente por ser una especialidad tiempo dependiente, en donde en poco tiempo se debe establecer una relación simétrica con el paciente y su familia, para la autorización de su consentimiento para procedimientos diagnósticos o tratamientos con la finalidad de logara la beneficencia que persigue el medico ante la urgencia médica, lo anterior se convierte obligadamente en una jerarquización de principios. Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron similares al estudio realizado por Silverio y cols. (2015), en donde se demostró que en particular en los servicios de urgencias las condiciones particulares de tiempo y ambiente condicionan un pobre desarrollo del vínculo médico-paciente, contribuyendo al deterioro de esta relación.

Los médicos se enfrentan cruelmente a una justicia distributiva escasamente justa a la hora de asistir a sus pacientes, en un hospital público y muchas de las demandas por mala praxis, obedecen a negligencia, imprudencia o impericia, causadas fundamentalmente por carencia de recursos sanitarios básicos o a los daños provocados mediante terapéuticas aplicadas, en pacientes ingresados por urgencia, de tal manera que la justicia en la práctica médica de la medicina de urgencias puede verse influenciado por jerarquización de principios, como se puede apreciar en los resultados obtenidos en el presente estudio, pero también influye la gestión de recursos hospitalarios para cumplir con una práctica

médica ética y justa, de ahí que el médico de urgencias debe convertirse en líder de su propia existencia y de alguna manera gestor de recursos institucionales.

En relación con la metodología empleada para la deliberación de dilemas morales queda claro que en medicina de urgencias el principalísimo e la metodología que se utiliza en caso de dilemas morales, sin conocer las demás metodologías, lo cual puede ser un área de oportunidad para metodologías diversas como la casuística, la hermenéutica y el utilitarismo, en busca de tener varias opciones que nos ayuden a ser una deliberación específica según el caso en particular. Estos resultados podrían servir como área de oportunidad para gestionar espacios académicos en bioética clínica como herramienta en la práctica de la medicina de urgencias

VI. BIBLIO-HEMERO-INFOGRAFIA

Sánchez HE. "Los servicios de urgencias (traumatológicas) y la bioética". Medicina de urgencias. 2002; 1: 29-30.

Roger F. "La relación Médico-Enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales". Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián. 2011: 123-125.

Chavarría IA. "Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos". Revista CONAMED, 2008:13:20-28.

Moya M.S. Piñera S. "Tratado de Medicina de Urgencias, 2011;1:24-40.

Reyes PA., De Long RT. "Algunos Dilemas Éticos en la Práctica Médica". Archivos de Cardiología de México 2010; 80(4);338-342.

García JG. "Dilemas Éticos y bioéticos de la practica pediátrica en la atención primaria de salud", Revista electrónica de ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010;38-44.

Pelayo VP. "El ejercicio Actual de la medicina" Revista de la UNAM. www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2003/ponencia_ago_2k3.htm.

Gutiérrez SC. "Voluntad Anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos" Cirugía General, 2013;35 (suplemento 2):171.

Gaona FV. "La voluntad anticipada y su conocimiento por médicos en hospitales de tercer nivel". Gaceta Médica de México. 2016;152.

Gaceta Oficial del Distrito Federal "Ley de Voluntades Anticipadas en el Distrito Federal" 2018; 1:1-11.

Gómez CA. "Dilemas Éticos en las relaciones entre la Industria Farmacéutica y los profesionales de la salud". 2007;1: 23-38.

Barrios OI. "Pensamiento médico y ética médica contemporánea" Lecturas de Filosofía, salud y sociedad. La Habana: 2000;165-74.

Julián JA." Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes", Servicio de Urgencias, conceptos y organización. 2000;7-10.

Casado MI. Rosa M.S. "Ética en la atención de emergencia: en busca de una preparación ética deliberada" 2016; 45:2-17.

Celedón CL. "Relación médico paciente" Revista de Otorrinolaringología cirugía cabeza y cuello. 2016; 76:51-54.

Ocampo MJ. "La bioética y la relación médico paciente" revista Cirugía y cirujanos. 2002; 1:55-59.

Silvero RA., Aranda G "Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas- Asunción, Paraguay", Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2015;72(1): 26-31.

Rivero SO. "La relación médico-paciente en la actualidad" En el ejercicio actual de la Medicina. 2000;32-38.

<http://www.derecho y cambiosocial.com/revista002/humanos htm>.

Navarro FP, Argüelles RM. "Derechos Humanos y Consentimiento Informado", Rev. Cirugía y Cirujanos 2014;7:239- 244.

Barrera. JB "Dilemas éticos en la práctica médica en 2010": reflexiones en torno a los resultados a una encuesta a más de 1000 facultativos.2011: XXII:113-118.

Society of critical care medicine. Available at: <http://www.myicucare.org/Pages/default.aspx>. Accessed September 2014:29.

Beauchamp y Childress "Principles of biomedical ethics" 3 the. New York, Oxford. Oxford University Press, 1989.

Hillman K. "Critical care without walls". Curr Opin Crit Care 2002; 8:(6): 594-9.

Vázquez GM. "Plan Europeo de estudios de Medicina de Urgencias y Emergencias" 2009; 21: 456-470.

Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. Emerg Med Clin North Am. 2006;24(3):605-18

Del Pozo PK., Hidalgo JL. "Study of the factors influencing the preparation of advance directives". Arch Gerontology Geriatrics. 2014; 58:20-4.

- León CF. "Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica". Universidad El Bosque, Revista Colombiana de Bioética. 2008; 2:25-29
- Gómez CA. "Justicia y equidad en salud: un reto para la formación de los profesionales de la salud" Journal, 2016;8:1852-4680. www.ea-journal.com
- Puyol GÁ. "Justicia Distributiva en el sistema de salud". El racionamiento de los recursos en tiempo de crisis. 2014;24: Ponencias.
- Rencoret SG." Demandas y responsabilidad por negligencias médicas". Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. 2003; 9:157-159
- Narro RJ. Ética y salud Retos y reflexiones. Gaceta Médica de México 2004;140: 6
- Bórquez PB. "Las otras inequidades en salud: un reto para la bioética". 2014; 112-115
- Acharya RG. Denier Y. "Emergency department triage: an ethical analysis. BMC Emergency Medicine", 2011;1-16
- Hartman, R.G. "Tripartite triage concerns: issues for law and ethics. Crit Care Med, 2003;31:358-361.
- Moskop, J. C "Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. Ann Emerg Med, 2007;49:282-287.
- Bembibre TR. "Aspectos Éticos-Bioéticos en la atención del paciente crítico". Revista Cubana Médica 2003;42:(1):5-11
- De los Ríos-UE. "La cuestión del método en bioética clínica: aproximación a una metodología adaptada al contexto de la realidad mexicana" 2017;21(1): 92-113.
- Diego GG. "Procedimientos de decisión Bioética clínica, Madrid" La Nueva Italia, 199; 43-69.
- Arellano RJ. "Teoría ética para una ética aplicada, Universidad Autónoma de Querétaro 2012; IV: 135-153
- Singer P. "Ética práctica. Cambridge: Cambridge University Press, 1995;15
- Jonsen AR. "The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning, Berkeley, L.A. University of Chicago Press, 1988;257.

VII. ANEXOS

7.2 Formato de Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Nombre del estudio:	“Dilemas éticos en la práctica médica de Medicina de urgencias en el H.G.R. No.1 del IMSS”, Delegación Querétaro.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	H.G.R No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro.
Número de registro:	F-17C122014021
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los diferentes dilemas éticos presentes durante la práctica de la medicina de urgencias en el personal asignado al servicio de Urgencias del H.G.R. No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro. La incapacidad para identificar y resolver los diferentes dilemas bioéticos presentes en la práctica de la Medicina de Urgencias puede ver afectada la relación médico paciente, así como también la calidad de atención en medicina de urgencias.
Procedimientos:	Aplicación de un cuestionario validado por expertos: Cuestionario con 15 preguntas cerradas, en donde también se realizará recolección de datos sociodemográficos y laborales de la población en estudio.
Posibles riesgos y molestias:	Puede existir incomodidad al responder algunas de las preguntas de los cuestionarios. El tiempo dedicado a responder los cuestionarios es de 30 minutos, aproximadamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mediante la aplicación de estos cuestionarios se determinarán los diferentes dilemas bioéticos que se presentan durante la práctica de la medicina de urgencias del H.G.R. No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro, donde usted labora.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados obtenidos se darán a conocer a los participantes al término de su análisis y registro.

Participación o retiro: La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Se puede negar o retirarse en cualquier momento. Su decisión no afectará de ninguna manera en sus labores dentro del instituto.

Privacidad y confidencialidad: Toda la información proporcionada es de carácter confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación.

Beneficios al término del estudio: Conocer los diferentes dilemas bioéticos presentes de la medicina de urgencias del H.G.R. No. 1 del IMSS, Delegación Querétaro. Los resultados podrán servir de base para realizar recomendaciones y propuestas de capacitación en diferentes temas de bioética clínica con la finalidad de mejorar las buenas prácticas clínicas de la medicina de urgencias.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. José Robles Martínez, Medico no Familiar con Posgrado en Medicina de Urgencias, Adscripción UMF no 5 del IMSS, Pedro Escobedo. Querétaro, Matricula 99231569, teléfono: 4422701965, correo: jrobles1970@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal, Coordinador Clínico de Educación e Investigación, Adscripción: UMF No 13, Matricula: 98374635, Teléfono: 4424469796, Correo: susana.gallardo@imss.gob.mx
Dra. Hilda Romero Zepeda, Docente e investigadora Nivel VII, Facultad de Ingeniería, Coordinadora de la Maestría en Ética aplicada y Bioética, Teléfono: 4424468449, Correo: phd.hromero@gmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

7.3. Formato de Recolección de datos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General Regional No 1, Delegación, Querétaro.

Marque con una X según corresponda a Usted.

	Sexo	Edad	Antigüedad	Religión
Masculino	<input type="checkbox"/>	22-30	< 1año	Sin Religión
Femenino	<input type="checkbox"/>	31-40	>1 y < 3años	Católica
		41-50	>3-<5años	Cristiana(o)
		51-60	>5-<10años	T. de Jehová
		61 y mas	>10-<15años	Protestante
			>15-<20años	Ateos
			>20años	Judíos
				Masones
				Mormones
				Espiritistas
				Espirituales
				Otra Religión

	Base	Suplente	Turno
Médico Urgenciólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matutino
Residente de Urgencias	R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>	Vespertino
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nocturno
			J. Acumulada
Médico Interno de Pregrado	<input type="checkbox"/>		

INSTRUCCIONES: Lea Ud. detenidamente cada una de las preguntas y conteste de acuerdo con la siguiente categoría: Nunca, Pocas veces, A veces, y Frecuentemente. Puede dejar una pregunta en blanco si así lo desea o si no está seguro de que o si el enunciado no es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco, es recomendable pregunte al entrevistador o intente dar una respuesta.

PREGUNTAS	PROBABLES RESPUESTAS			
	Frecuentemente	A veces	Pocas veces	Nunca
1. ¿He utilizado la tecnología para prolongar la vida del paciente, aún en casos de futilidad, durante la práctica de la medicina de urgencias?				
2. ¿Ante la negativa de los testigos de Jehová y otros grupos a las transfusiones, y estando en peligro la vida he ordenado transfundir?				
3. ¿He consultado en los pacientes o familiares si son apropiados o deseados los procedimientos diagnósticos o terapéuticos en medicina de urgencias?				
4. ¿He recomendado o proporcionado tratamientos que mantengan la vida, aun cuando consideré que estos son fútiles, o probablemente fútiles?				
5. ¿He Considero interrumpir tratamientos que mantienen la vida del paciente por petición de				

familiares, incluso si lo considero como algo prematuro?				
PREGUNTAS		PROBABLES RESPUESTAS		
Frecuentemente		A veces	Pocas veces	No
6. ¿He pensado que en ocasiones podría ser aceptable romper la confidencialidad con el paciente, si se sabe que el estado de salud del paciente puede ser dañino para otros?				
7. ¿He omitido la autorización del consentimiento informado para realizar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, con la justificación de que mi práctica médica depende mucho del tiempo de acción?				
8. ¿He Considerado que en la medicina de urgencias no existen dilemas éticos respecto a la obligación que salvar la vida siempre es una prioridad?				
9. ¿He omitido información a un paciente acerca del diagnóstico de una enfermedad grave o terminal en un esfuerzo de levantar su espíritu o actitud?				
10. ¿Considero que es importante contar con el apoyo de la recomendación de un subcomité de ética en mi práctica médica ante un dilema moral?				
11.- ¿Normalmente tengo confianza en la manera de cómo resolveré los dilemas éticos durante mi práctica asistencial en urgencias?				
12. ¿He recibido capacitación formal en dilemas éticos o en Bioética durante mi formación como médico?				
13. ¿Considero que los cursos de formación en dilemas éticos o bioética no deben estar sujetos a algún número de horas curriculares?				
14. ¿Considero que es de suma importancia el derecho a la información que tiene mi paciente de su estado de salud?				
15. ¿He pensado que sería útil contar con una expresión de deseos o voluntad anticipada por parte de algunos pacientes?				

7.4. Formato de No inconveniente de realizar estudio de investigación en el H.G.R. 1 IMSS, Querétaro.

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL QUERÉTARO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Santiago de Querétaro, 6 de Marzo del 2018


CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA LLEVAR A CABO ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA DELEGACIÓN QUERÉTARO.

Dr. Juan Manuel Mejía Aranguré
Titular de la División de Evaluación a la Investigación
Coordinación de Investigación en Salud


AT'N Secretario del CLIS 2201
Dra. Claudia Garduño Rodríguez

Por medio de la presente, me permito informar a Usted que no existe inconveniente por que se lleve a cabo en HGR No "1" de la Delegación Querétaro, el estudio de investigación "Dilemas éticos en Medicina de Urgencias ante la toma de decisiones en paciente en estado critico en el H.G.R. No.1 del IMSS" siempre y cuando, obtenga el registro de Comité Local de Investigación en Salud 2201 así como el Comité de Ética en Investigación en Salud correspondiente.

Por otra parte, estoy enterada/o que el investigador responsable del protocolo de investigación será el Dr. "José Robles Martínez", con matrícula "99231569", cuyo cargo actual es de "Medico no Familiar (Urgenciólogo)" quien está adscrito a UMF No 5, Pedro Escobedo, Qro., y quien será responsable de supervisar que el trabajo operativo del protocolo, para que se lleve a cabo de acuerdo a los tiempos estipulados en el cronograma de trabajo y apegado a la normativa institucional vigente.


Dra. Mary Cross Nancy Ortiz Pereyra
Director del H.G.R. No 1 IMSS
Delegación Querétaro

Atentamente


Dr. José Robles Martínez
Investigador responsable
UMF. No. 5, Pedro Escobedo, Qro.

Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación Querétaro.
Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud.
Hacienda la Fortuna 122, Eje 101, Santiago de Querétaro, Querétaro, CP 76180.
Tel: 01 432 216 2930 Ext. 53310.

7.5. Carta de Autorización de protocolo de investigación en el H.G.R. 1 IMSS, Querétaro.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2201 con número de registro 17 CI 22 014 021 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073.
H GRAL REGIONAL NUM 1

FECHA **Miércoles, 05 de diciembre de 2018.**

M.E. JOSE ROBLES MARTINEZ
PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Dilemas éticos en la práctica médica de la Medicina de Urgencias en el H.G.R. No.1 del IMSS"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2201-052

ATENTAMENTE


MARY CROSS NANCY ORTIZ PEREYRA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL