

TRIBUNAL DE
ÉTICA MÉDICA
DEL VALLE DEL CAUCA

9^o Seminario de Ética Médica

¿Es la medicina una profesión
de riesgo?

Inscripciones:

Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca
Centro Comercial Imbanaco. Of. 201. Cali
Tels. (2) 558 9939 – 558 0768
Email: tribunaldeeticamedica@telecom.com.co

Incluye refrigerio y almuerzo.

Cupos limitados

Fecha: 27 de noviembre de 2009.
Lugar: Auditorio Promédico.
Av. 6 AN No. 22N-54. Cali.
Horario: 8 a.m. a 2 p.m.



TRIBUNAL DE
ÉTICA MÉDICA
DEL VALLE DEL CAUCA

¿Por Qué Son Procesados los Médicos?



Luis Gonzalo Peña Aponte

Nov. 27 de 2009

Ejercer “Bien” Nos Evita Demandas?

INDICE DE RECLAMACION - PREVALENCIA

Total Socios Actuales	Procesos Vigentes
-----------------------	-------------------

49680

3116

6,27%

TASA DE RECLAMACION

Total Socios	Procesos
--------------	----------

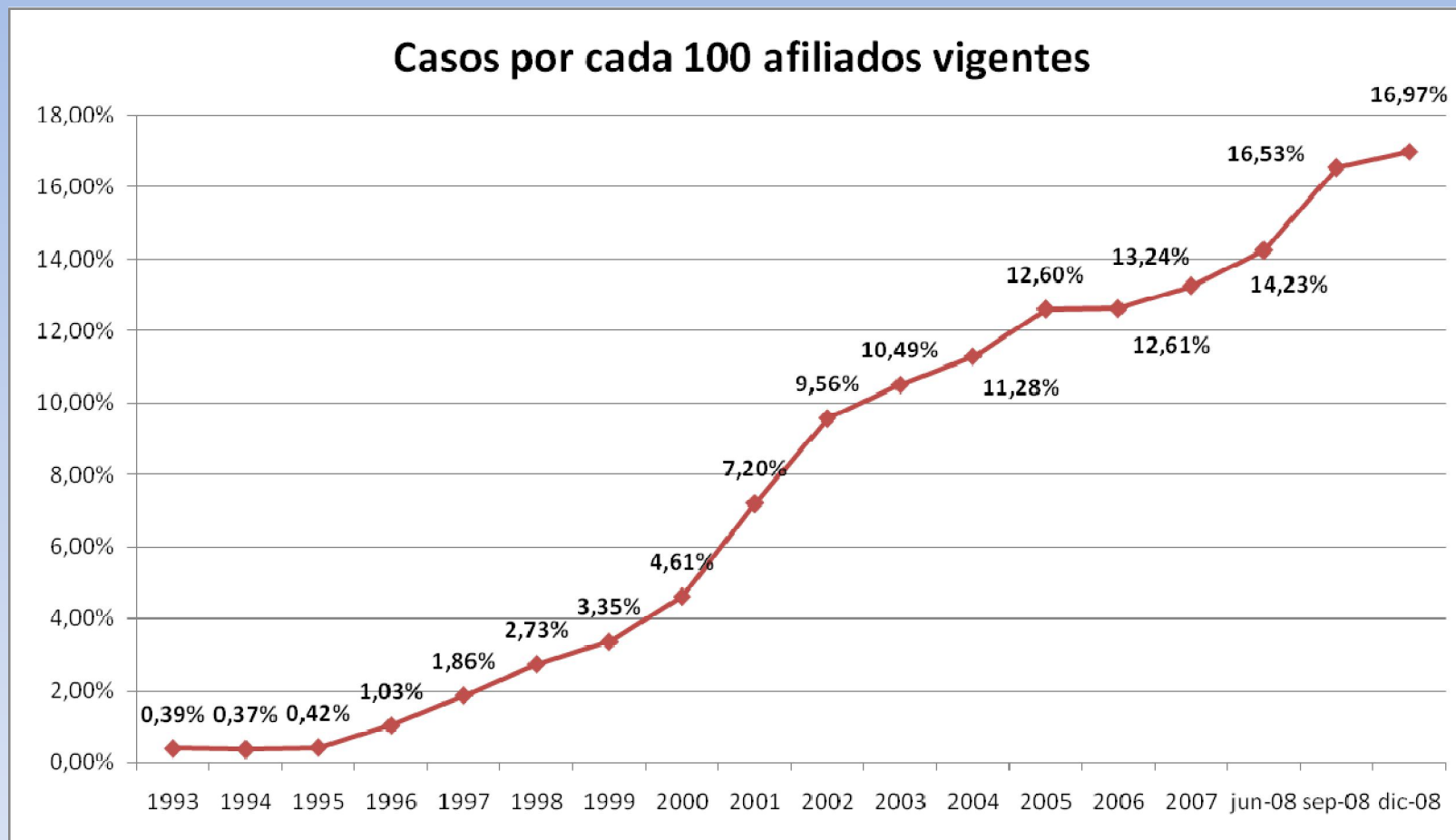
49680

7327

14.75%

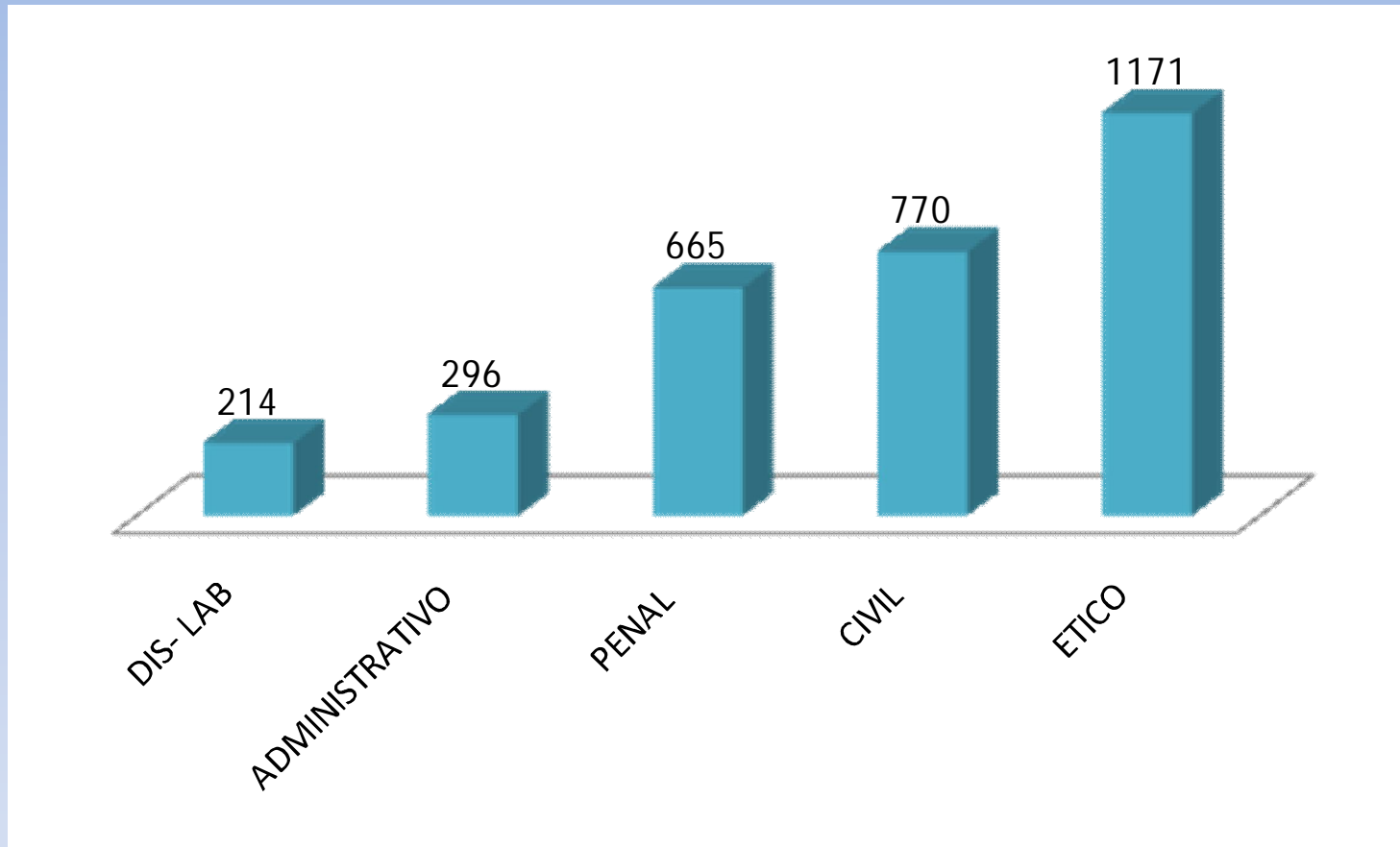
Fuente: Base Juridica -Base Fepasde SCARE Octubre 2009

Tasa Bruta de Reclamación



Tasa bruta de casos de responsabilidad médica en profesionales de la salud. Fuente: Base Jurídica -Base Fepasde SCARE Diciembre 31 2008

Procesos Vigentes a Octubre 2009



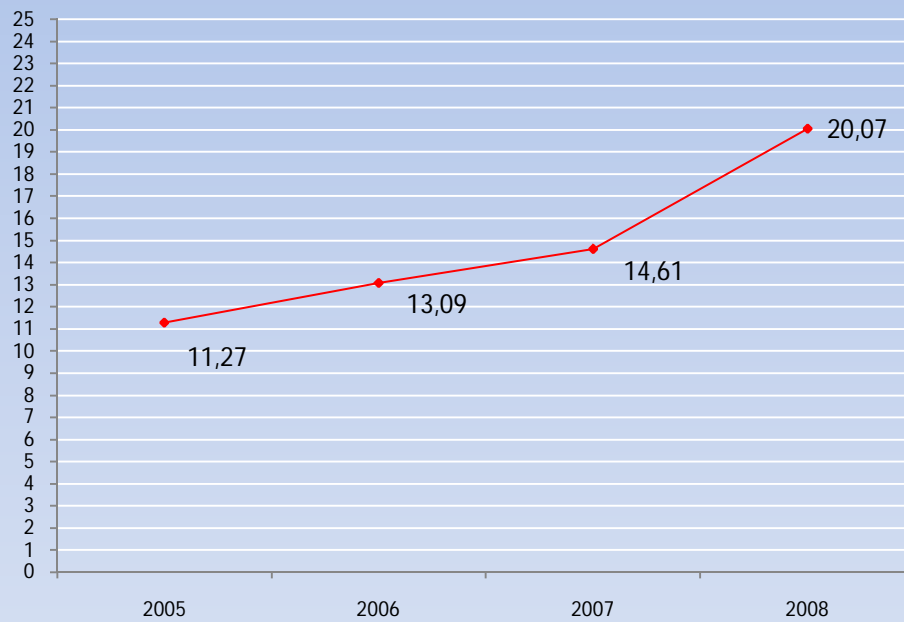
Fuente: Base Jurídica – SCARE octubre 2009

División Grupos

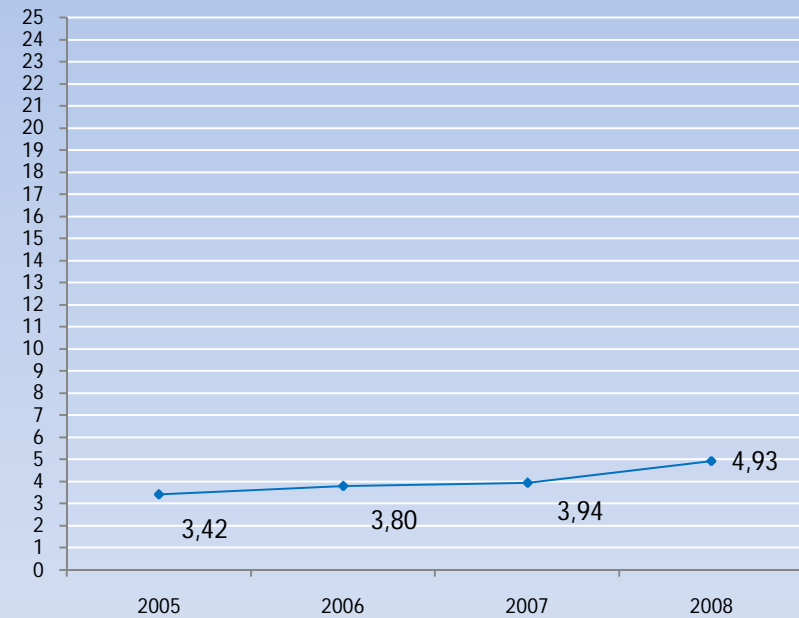
GRUPO I NO QUIRURGICO	GRUPO I QUIRURGICO	GRUPO III	GRUPO II
Administración	Anestesiólogo Cirugía Ortopedia y traumatología Cirugía Plástica Ginecobstetricia Medicina Estética Neurocirugía Oftalmología Otorrinolaringología Urología Cirugía Maxilofacial	Bacteriología Enfermería Instrumentación quirúrgica Químico farmaceuta Terapia Física Total Grupo III	Optometría Odontología
Auditoria y			
Gerencia en salud			
Medicina Interna			
Pediatra			
Dermatología			
Epidemiología			
Medicina Forense			
Genética			
Medicina			
Alternativa			
Medicina Física y			
Rehabilitación			
Medicina General			
Neurología			
Radiología			
Patología			
Psiquiatría			
Salud Ocupacional			
Medicina de			
Urgencias			
Medicina Familiar			

Prevalencia General por año del Grupo I

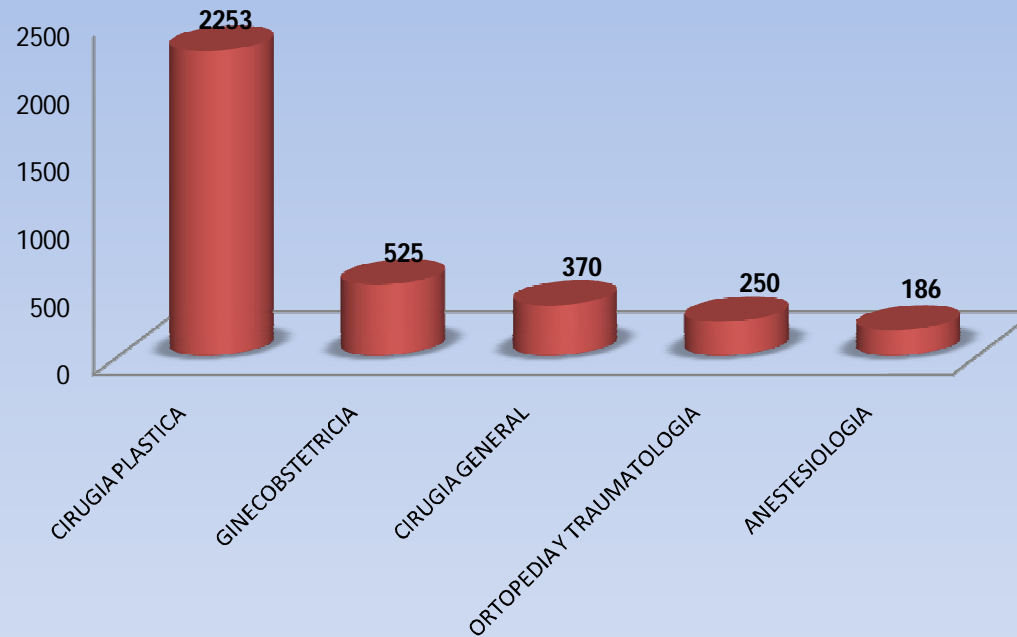
Prevalencia Especialidades Quirúrgicas 2005-2008



Prevalencia Especialidades No Quirúrgicas 2005-2008

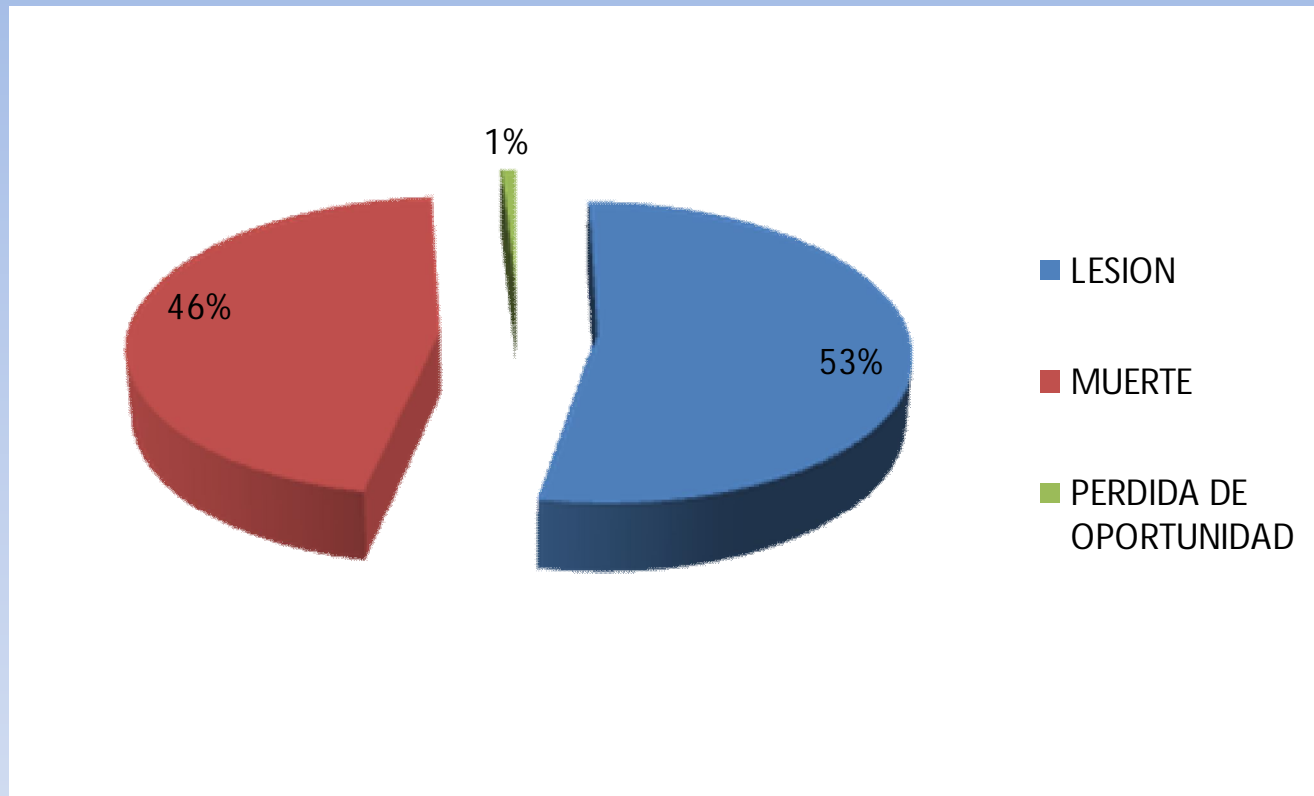


Las 5 Especialidades más Procesadas



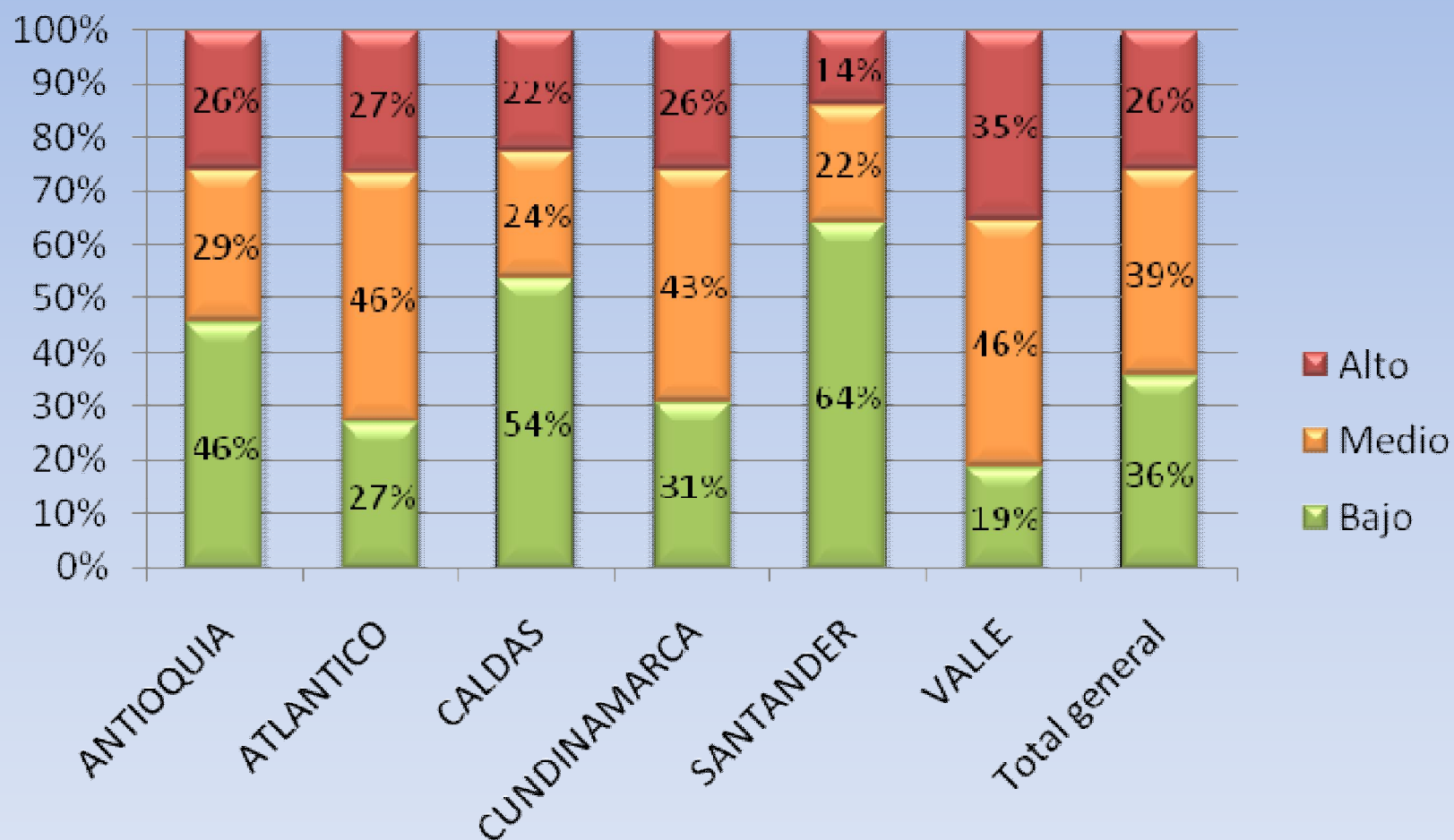
Fuente: Base Jurídica – SCARE octubre 2009

Daño Reclamado N=438



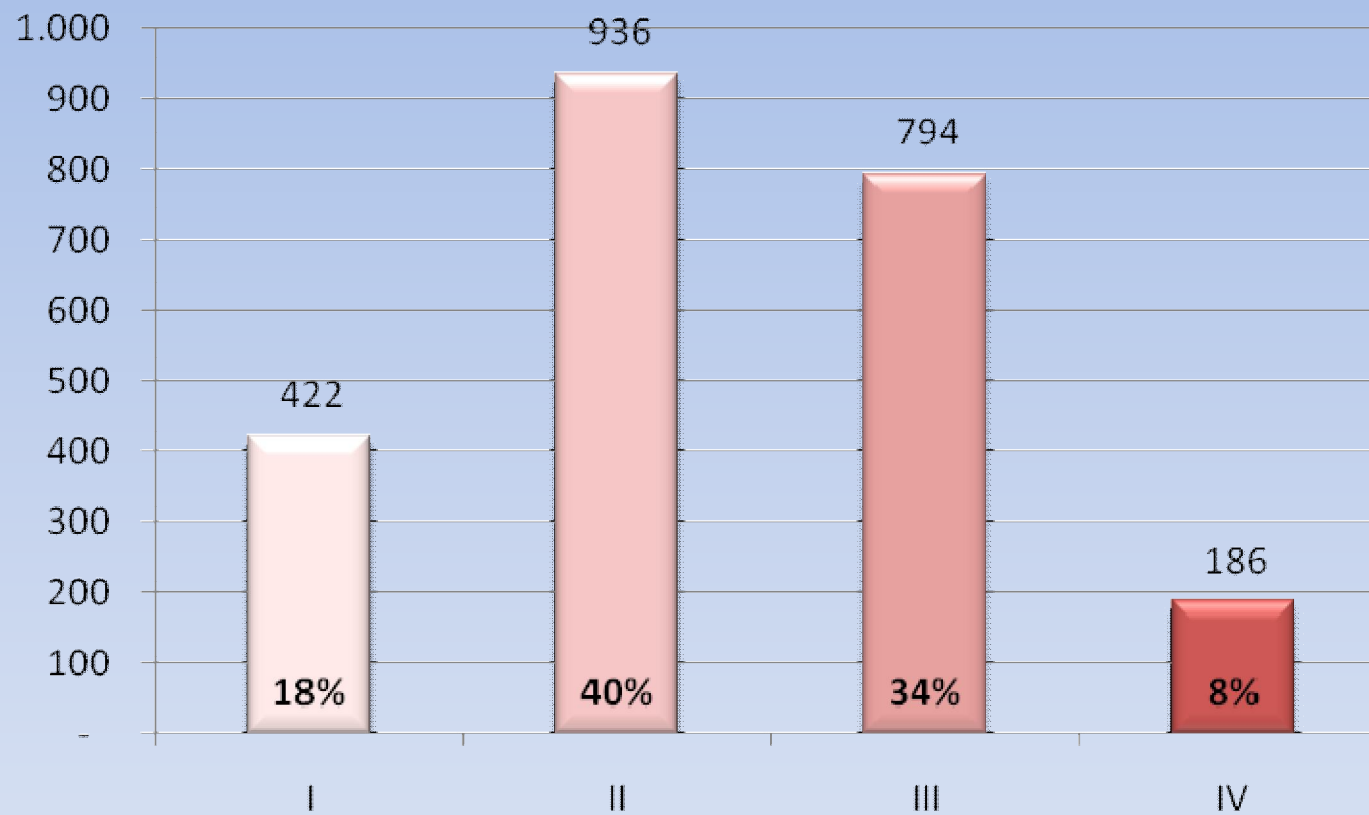
Fuente: Base Jurídica – SCARE octubre 2009

Riesgo Científico Por Regional



Fuente: BD Unidad de apoyo científico - SCARE

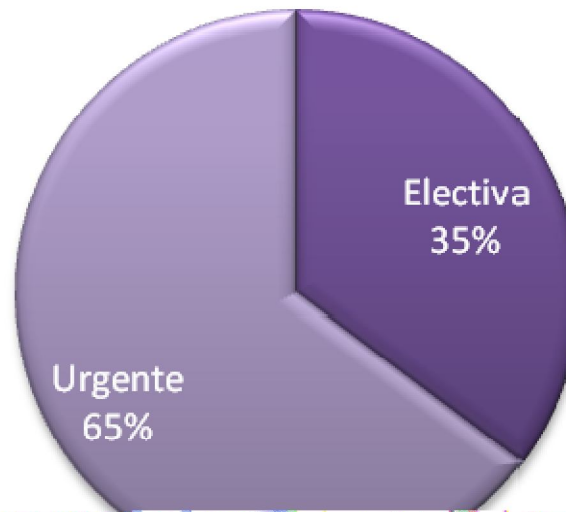
Nivel De La IPS En Donde Ocurrió La Atención



(N=2338)

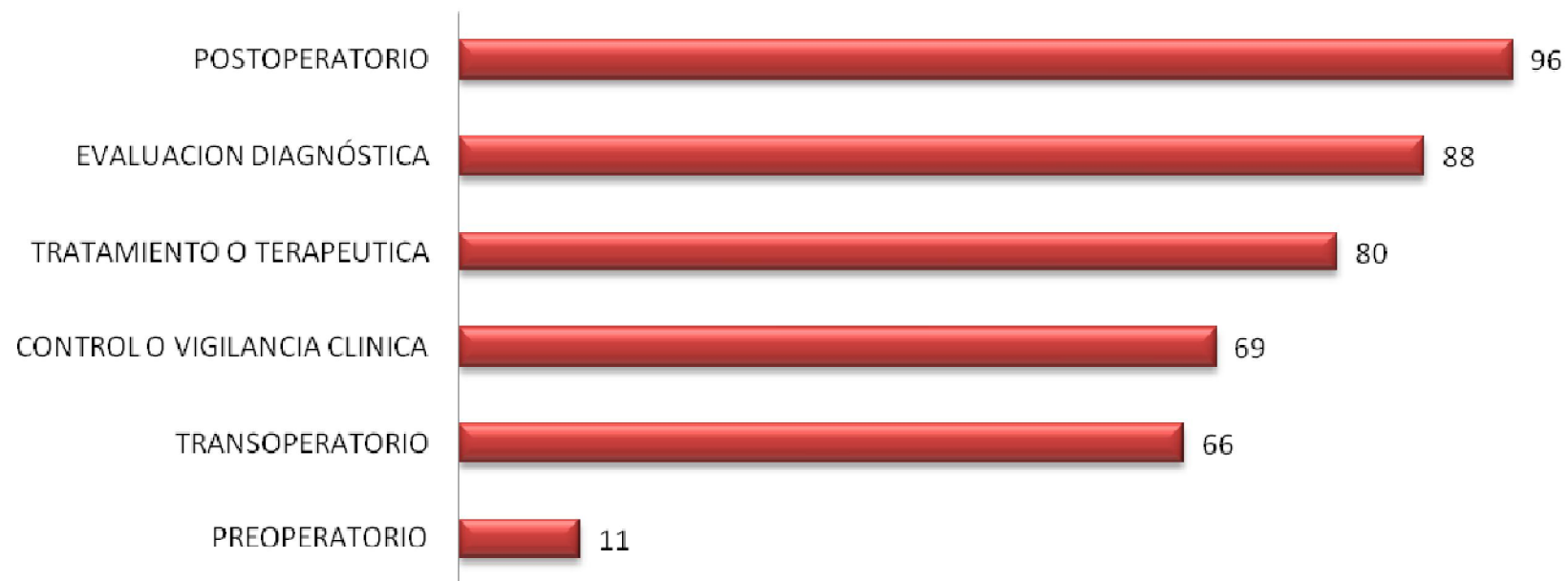
Fuente: BD Unidad de apoyo científico - SCARE

Tipo de atención



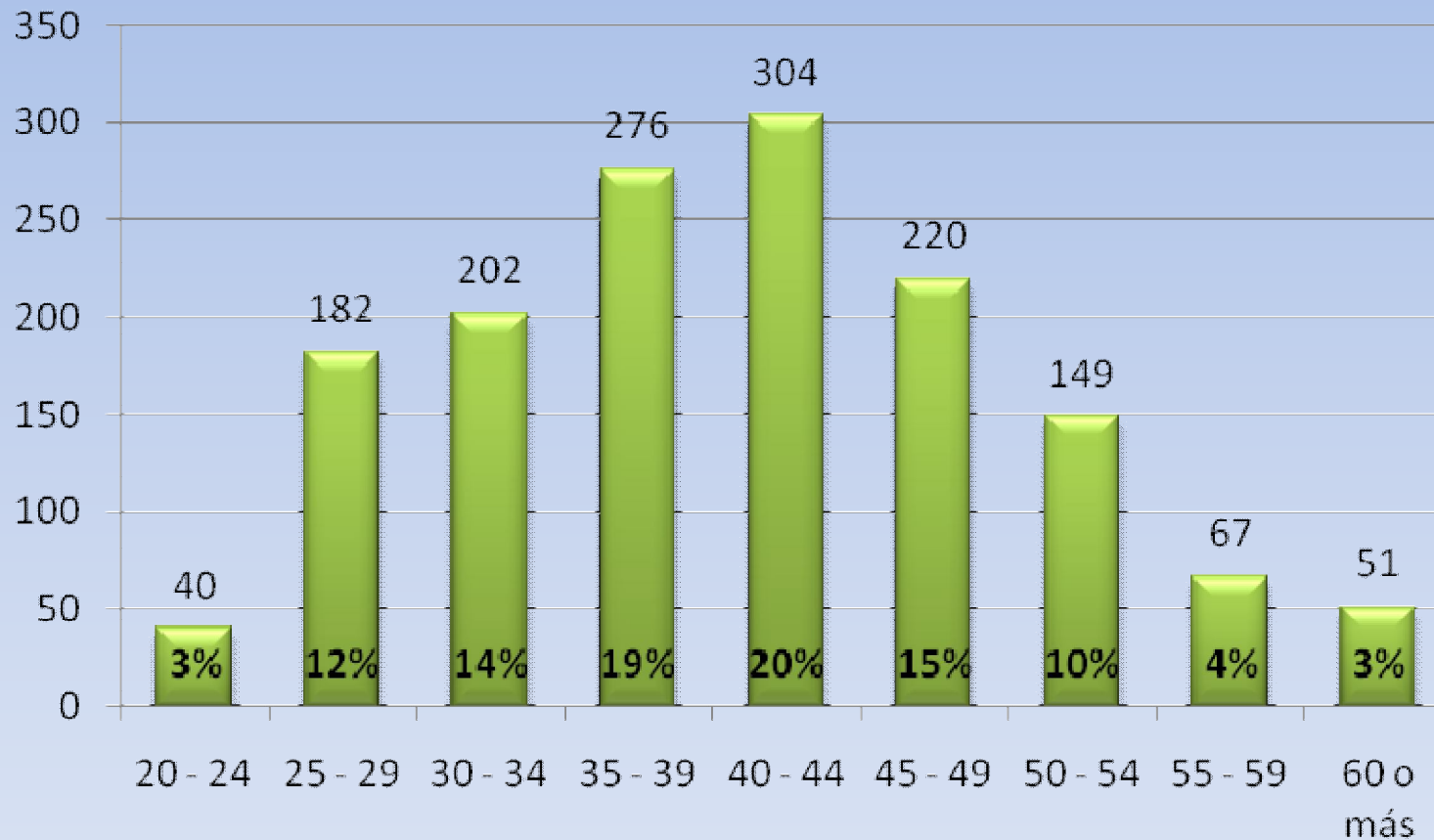
Fuente: Base Científica Septiembre-Diciembre 2008 SCARE

Actividad de los hechos



Fuente: Base Científica Septiembre-Diciembre 2008 SCARE

Edad Del Profesional Al Ser Demandado



N=1491)

Fuente: BD Unidad de apoyo científico - SCARE

Debilidades Frente a La Lex Artis (Análisis de Muestra)

- ✓ 27% de los casos definitivamente es cuestionable la atención.
- ✓ 30% de los casos tienen serias debilidades de registro.
- ✓ Total 57% de los casos con cuestionamientos de Lex Artis.

Situaciones Evidenciadas

- ✓ Fallas en el seguimiento y monitorización a las pacientes.
- ✓ Ausencia de listas de chequeo:
Medicamentos – Oxitocina.
- ✓ Fallas en los registros y documentación insuficiente.
- ✓ Fallas en el seguimiento de protocolos.

¿Por Qué Son Procesados los Médicos?

¿Por Qué Son Condenados los Médicos?

Distinción Metodológica

Acciones

Como Evitar Demandas

Como Evitar Condenas

Factores Exógenos

- Actitud reclamación de la población.
- Crec. de la población asegurada del país.
- Crec. del No. de procedimientos quirúrgicos de actos médicos en general.
- Desarrollo jurisprudencial sobre el derecho de la autonomía personal.
- Crecimiento de normas especiales sobre “Solución y prevención de infortunios”.

Tendencia Mundial

- Doctrinaria
- Jurisprudencial
- Normativa

De Protección a la Víctima

- Objetivación de la responsabilidad.
- Incremento de conceptos autónomos de daño y factores de liquidación.

Factores Endógenos

- ✓ Debilidades de cultura en el reporte y gestión del evento adverso.
- ✓ Deb. sobre implemento de listados de chequeo.
- ✓ Deb. en el registro de H.C. y sus anexos.
- ✓ Deb. de infraestructura y organización del sistema.
- ✓ Deb. de conciencia y riesgo de los profesionales y administradores del sector.

Causas

Hechos

- Modalidades de Ejercicio.
- Condiciones de ejercicio – I.P.S. - E.P.S.
- Lex Artis

Pruebas

- Registros H.C.
- Riesgo – Monitoreo – C.I.

Percepción Del Servicio

Factores objetivos y subjetivos

Acciones a Seguir

Énfasis

- ✓ Campaña de Listas de Chequeo.
- ✓ Comunicación.

Gracias!!

Luis Gonzalo Peña Aponte
Nov. 27 de 2009

RIESGO LABORAL DEL MÉDICO BAJO LA ÓPTICA DE LA LEY 100 DE 1993

Ricardo Barona Betancourt

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

1. Trabajador Particular:

1.1. Clases:

a) Ordinaria

b) Máxima Legal

1.2. Trabajo Suplementario.

1.3. Dominicales y Festivos.

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

2. Empleados Públicos:

2.1. Clases:

a) Ordinaria

b) Máxima Legal

2.2. Trabajo Suplementario.

2.3. Dominicales y Festivos.

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

3. Contratista de Prestación de Servicios:

a) Sector Privado

b) Sector Público

4. Cooperativa de Trabajo Asociado:

a) Estatutos.

b) Regímenes

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

5. Disponibilidad:

1. Sentencias CSJ-SL 11 Mayo 1968 y 11 Abril 1970.

2. Sentencia CE - S II 4 Mayo 1990.

3. Sentencia C-24 de 1998 CC.

5. DISPONIBILIDAD

- 4. Concepto Ministerio Salud 25/08/1999.**
- 5. Conceptos Función Pública.**
- 6. Regulación Ministerio Protección Social.**
- 7. Regulación Secretarías de Salud.**

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

6. Factores de Riesgo:

1. Bajo Ingreso.

2. No pago de Salarios.

3. Amenaza de Reestructuración.

1. DIFERENTES JORNADAS DE TRABAJO

6. Factores de Riesgo:

4. 20 Minutos por Paciente.

5. Glosas.

6. Trámites Administrativos.

2. ACOSO LABORAL

1. Persecución Laboral:

- a) Amenazas de Despido**
- b) Múltiples Denuncias Disciplinarias.**
- c) Imposición Deberes Extraños**
- d) Cambio Lugar Trabajo**

2. ACOSO LABORAL

1. Persecución Laboral:

e) Cambio Brusco Horario

f) Cambio Funciones

g) No Permisos, Licencias y Vacaciones

2. ACOSO LABORAL

2. Entorpecimiento Laboral:

a) No Suministro Material Trabajo

b) Destrucción o Perdida Información

2. ACOSO LABORAL

3. Desprotección Laboral:

- a) Ordenes Violación Ley**
- b) Anestesia Simultaneas**
- c) Relación Docente Asistencial**
- d) No Procedimientos y Medicamentos**

GRACIAS

**Ricardo Barona
Betancourt**

Nov. 27 de 2009



EL RIESGO BIOLÓGICO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

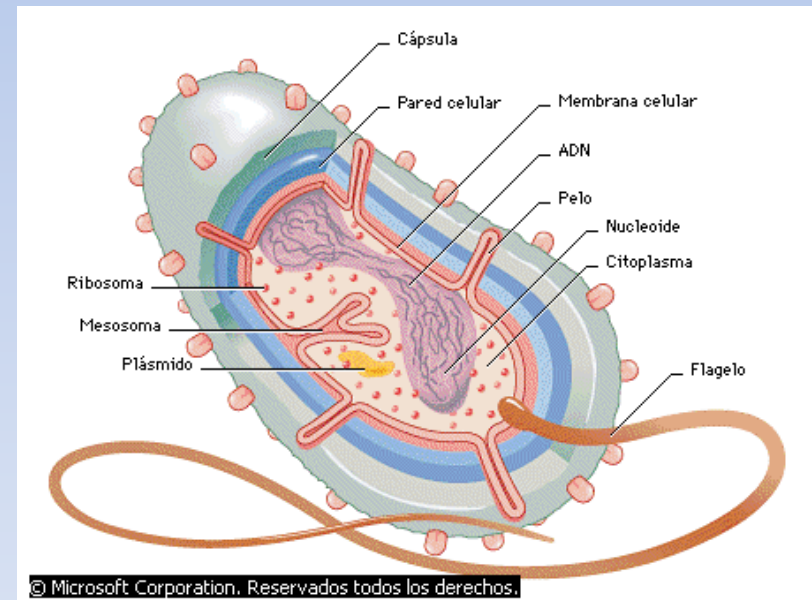
César Prieto Ávila M.D.

PRESIDENTE COLEGIO MEDICO DEL VALLE DEL CAUCA

9º. SEMINARIO del TRIBUNAL DE ETICA MEDICA DEL VALLE DEL CAUCA
Santiago de Cali, noviembre 27 de 2009

AGENTES BIOLÓGICOS

- Están constituidos por un conjunto de microorganismos vivos, secreciones biológicas, toxinas, tejidos, órganos corporales humanos, de animales y aun vegetales.



- **R I E S G O B I O L O G I C O**

- Estos Agentes patógenos están presentes en determinados ambientes laborales y pueden, al entrar en contacto con el organismo, desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o **i n t o x i c a c i o n e s** .



Uncinaria causante de parasitosis, anemia, etc.

DEFINICIONES

- RIESGO BIOLÓGICO
- Se define como aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos. El riesgo de infección existe en todos los ambientes, pero a nivel de hospitales y centros de atención ambulatoria y de investigación biomédica, es mucho mayor.

RIESGO BIOLÓGICO

- Aunque el riesgo biológico es mucho menos frecuente que otros riesgos laborales (químicos, físicos, psíquicos o ergonómicos) afecta de una manera muy especial a los médicos y en general a todos los trabajadores de la salud y al personal no médico que labora en los centros de atención.

RIESGO BIOLÓGICO

POBLACIÓN EN RIESGO

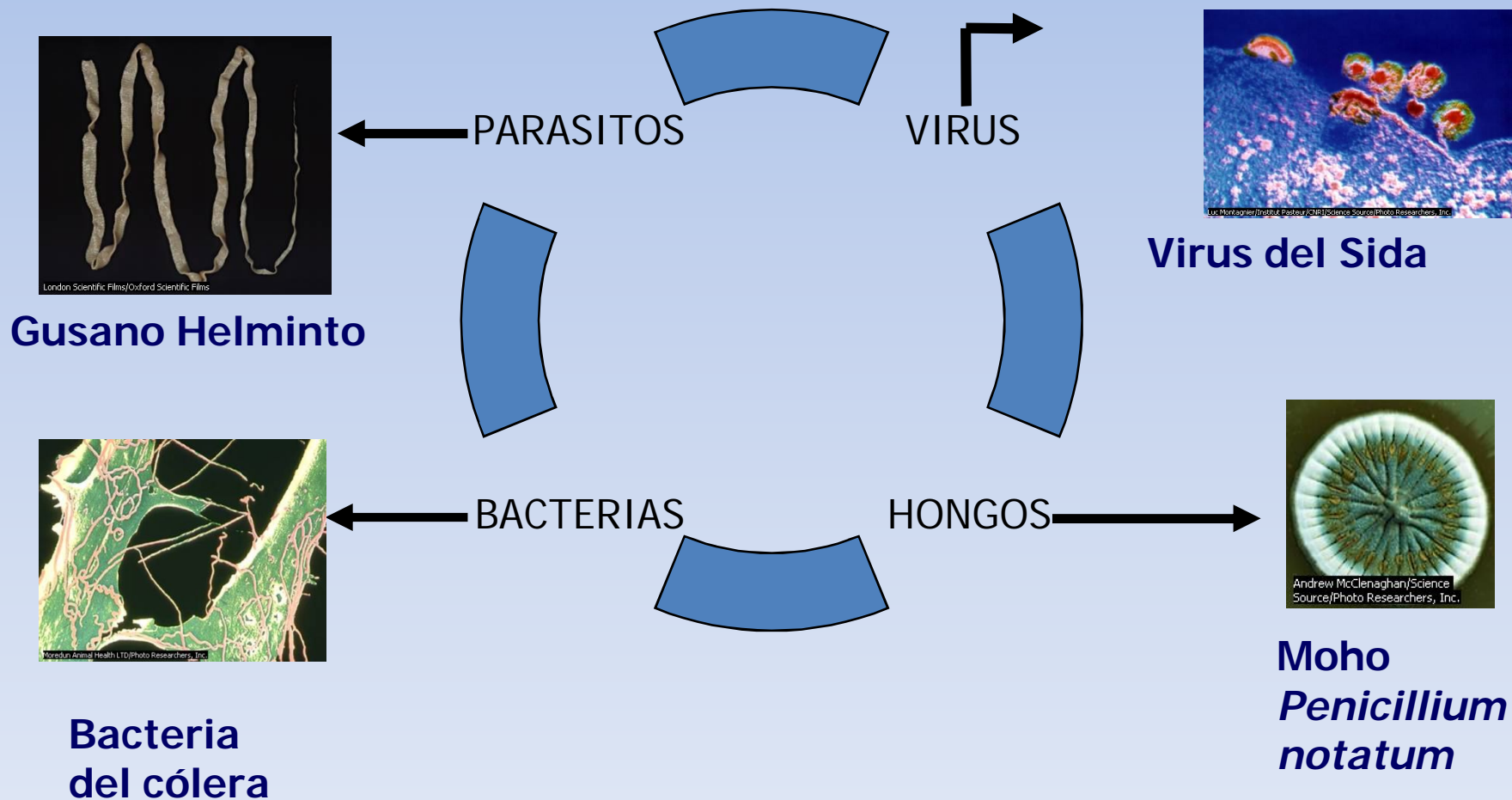
Médicos y personas cuyas actividades incluyen contacto con pacientes o con sangre u otros fluidos de pacientes en un ambiente de atención en salud, laboratorios o áreas en conflicto armado (estudiantes, trabajadores en salud, voluntarios, fuerzas armadas, etc.)

DEFINICIONES

- **ACCIDENTE BIOLÓGICO**

- Es la lesión percutánea o el contacto con mucosas y piel no intacta, con sangre o cualquier otro fluido corporal potencialmente infeccioso, durante el desarrollo de actividades de prestación de servicios de salud en centros hospitalarios, laboratorios o salud pública.
- Además de la sangre se consideran potencialmente infecciosos: los líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico o amniótico, el semen y las secreciones vaginales.
- También se incluyen las mordeduras humanas o el contacto directo con concentrados virales o bacterianos en el laboratorio.
- No se consideran infecciosos, a menos que contengan sangre, orina, heces, esputo, sudor, vómito o lágrimas.

LOS AGENTES INFECCIOSOS



ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR RIESGOS BIOLÓGICOS

DEFINICION

Son las enfermedades que se presentan por la exposición ocupacional a microorganismos u otro seres vivos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR RIESGOS BIOLÓGICOS

Las Enfermedades ocupacionales infecciosas hospitalarias son las más frecuentes en el personal de salud; además tienen una gran importancia en epidemiología por el riesgo de transmisión a otros enfermos, al personal con el que labora y a la comunidad en general.

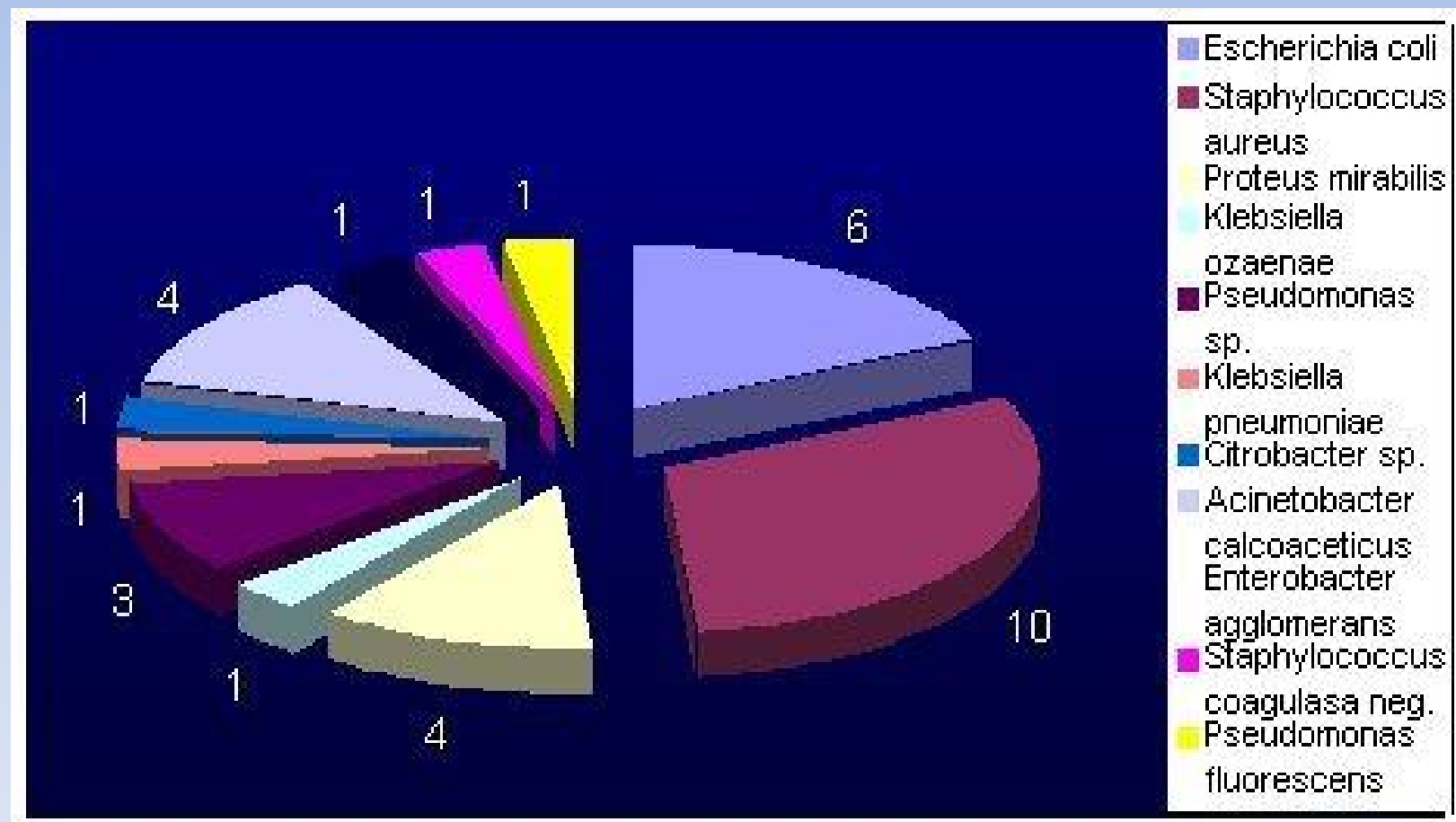
El Riesgo es mayor al no percibirse ésta amenaza, dentro del personal sanitario, sin adecuada información, especialmente entre las personas que están en el proceso de aprendizaje.

ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR RIESGOS BIOLÓGICOS

Principales enfermedades por agentes biológicos y su relación con el tipo de ocupación

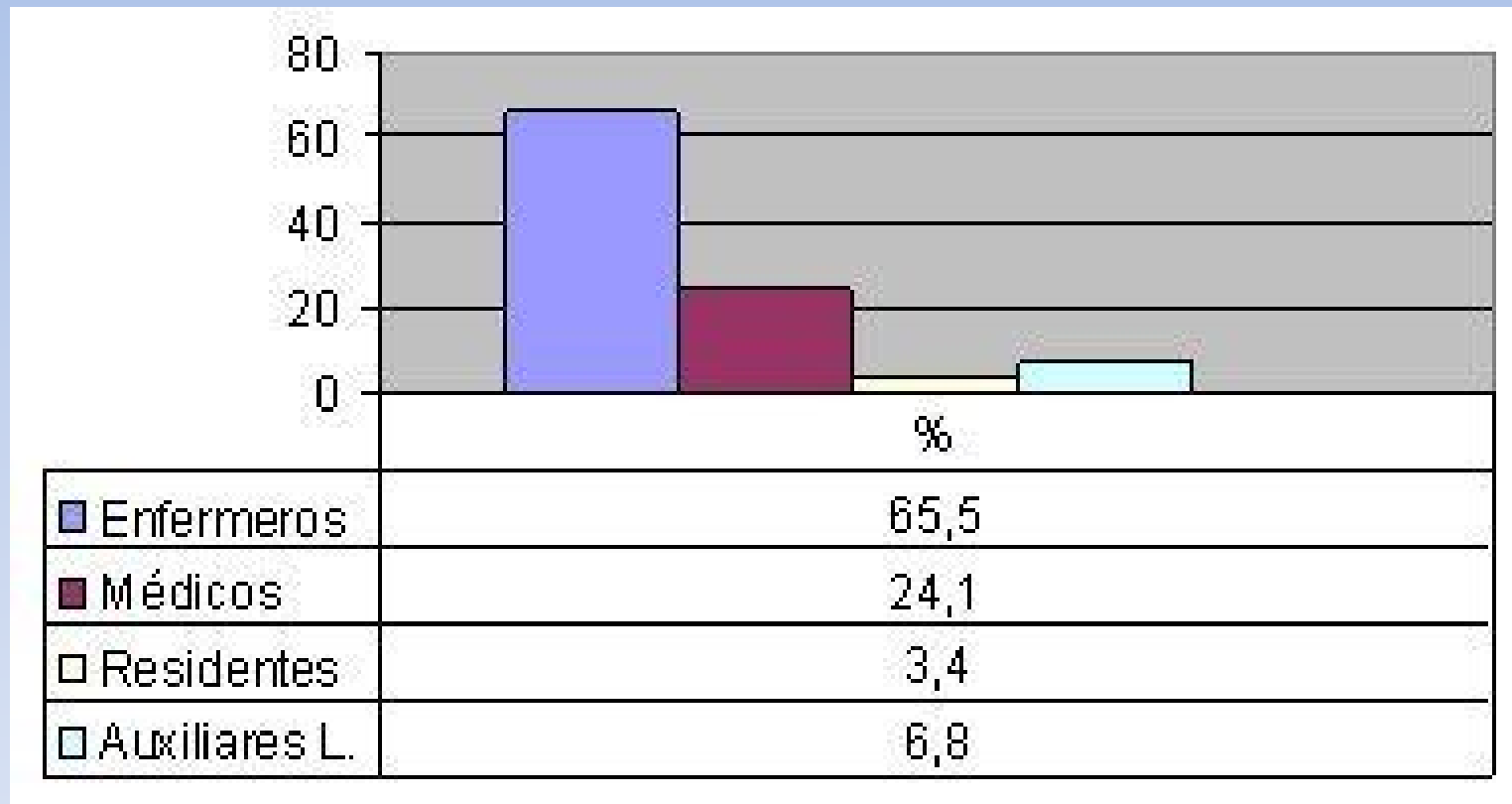
Tifoidea, Polio, Resfrío o Gripe, Enfermedades Eruptivas	Médicos, personal sanitario, personal de laboratorio clínico, patólogos, estudiantes de pre y postgrado de ciencias de la salud e investigadores.
Hepatitis infecciosa VIH	Personal médico y paramédico: Mayor riesgo en procesos quirúrgicos, toma de muestras, en diálisis y en transfusiones sanguíneas ,
Tétanos	Manipulación inadecuada de metales oxidados o heridas sucias contaminadas
Sífilis, Malaria, Micosis, Bacterianas	Personal de salud por accidentes con agujas, elementos corto punzantes en el manejo inadecuado de pacientes infectados.
Producidas por diferentes Agentes patógenos	Personal no médico que trabaja en los centros de atención en salud en servicios varios como mantenimiento, limpieza, lavandería, etc.

CIRCULACION MICROBIANA EN QUIROFANOS



Boletín Oficial del Estado de Prevención de Riesgos Laborales.
BOEPR . núm 269, 10/11/2005. Santiago de Chile

PERSONAL EN RIESGO



Boletín Oficial del Estado de Prevención de Riesgos Laborales. BOEPR
núm 269, 10/11/2005. Santiago de Chile

PERSONAL EN RIESGO

Auxiliar Enfermería	42.6 %
Médicos	20.9 %
Enfermera Profesional	14.8 %
Personal Limpieza	7.6 %
Personal Laboratorio	4.8 %
Estudiantes	4.5 %
Otro personal	4.8 %

FUENTE: Unidad de Salud Pública. Universidad de Córdoba. España
MAFPRE MEDICINA, 2005; VOL 16 No. 2 pág. 116-114

AREAS HOSPITALARIAS DE RIESGO

Salas Esp. Medicas	22.8 %
Quirófanos	18.9 %
Urgencias	15.8 %
Área Obstétrica	13.7 %
Salas Esp. Quirúrgicas	7.8 %
U.C.I.	6.6 %
Laboratorios	4.8 %
Consulta Externa	3.7 %
Otras Áreas	5.9 %

FUENTE: Unidad de Salud Pública. Universidad de Córdoba. España
MAFPRE MEDICINA, 2005; VOL 16 No. 2 : pág.106-114

AGENTES BIOLÓGICOS

Existen tres fuentes principales de agentes biológicos:

1. Los que proceden de individuos que hospedan a un agente patógeno (pacientes y el personal que los maneja).
2. Los que aparecen por la descomposición biológica de sustratos asociados a ciertas actividades (manejo de residuos hospitalarios, etc.).
3. Los que se asocian a ciertos tipos de hábitat (bacterias contaminantes en las redes de abastecimiento de agua, en equipos de aire acondicionado, en áreas y elementos quirúrgicos y de hospitalización, etc.).

AGENTES BIOLÓGICOS (Entornos comprometidos)

El personal médico y de laboratorio, estudiantes y otros trabajadores de los servicios sanitarios, incluidos hospitales, clínicas, centros médicos, están expuestos a microorganismos como el virus del VIH, la hepatitis B, el herpes virus, la rubéola, la tuberculosis, etc.

Algunos de estos agentes también pueden estar dentro de humidificadores, sistemas de agua y torres de refrigeración.

AGENTES BIOLÓGICOS (Entornos comprometidos)

Trabajadores del sector sanitario, de servicios generales, quienes están sometidos a la exposición a polvo orgánico, a microorganismos suspendidos en el aire y a sus toxinas, que pueden producir enfermedades respiratorias como bronquitis crónica, asma, y neumonitis por hipersensibilidad. *Aspergillus fumigatus* es el hongo predominante y entre los bacilos están *Pseudomonas*, *Alcaligenes*, *Citrobacter* y *Klebsiella*.

AGENTES BIOLÓGICOS (Entornos comprometidos)

En laboratorios clínicos, en la utilización de microscopios con los mismos lentes oculares en distintos turnos de trabajo pueden originar infecciones oftalmológicas. Entre los microorganismos responsables se ha identificado al *Staphylococcus aureus*.

AGENTES BIOLÓGICOS (Entornos comprometidos)

En el personal que manipula vacunas y material con patógenos atenuados, el riesgo es su contacto accidental en heridas en piel o mucosas.

En la industria farmacéutica, el principal riesgo se encuentra en la utilización de extractos vegetales y animales.

Clasificación de Agentes Biológicos

- Nivel de riesgo I: no es probable que causen enfermedades humanas.
- Nivel de riesgo II: pueden causar enfermedades humanas; son un potencial peligro para los trabajadores pero es poco probable que se propaguen a la comunidad; suele existir una profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos.(Hepatitis B y C, VIH)

Clasificación de Agentes Biológicos

- Nivel de riesgo III: pueden causar enfermedades humanas graves, por lo tanto representan un serio peligro para los trabajadores; hay mayor riesgo de propagación hacia la comunidad, pero se suele disponer de profilaxis o tratamiento eficaces contra ellos.(Antrax, Viruela, Fiebre Amarilla, TBC. Tifus, etc.)

Clasificación de Agentes Biológicos

- Nivel de riesgo IV: causan enfermedades humanas graves y constituyen un serio peligro para los trabajadores; tienen alto riesgo de propagación hacia la comunidad y por lo general no se dispone de profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos. (Ebola, Dengue hemorrágico y otras enfermedades hemorrágicas transmisibles).

Vías de entrada al ser humano

- Vía respiratoria: inhalación de aerosoles producidos por centrifugación de muestras, agitación de tubos, aspiración de secreciones, tos, estornudos, etc.
- Vía digestiva (fecal u oral): por ingestión accidental, al pipetear con la boca, al comer o fumar en el lugar de trabajo.
- Vía sanguínea, por piel o mucosas: como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc.

RIESGO BIOLÓGICO NIVEL II

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

Lesiones percutáneas: pinchazos, lesiones con objetos cortantes contacto con membranas mucosas o contacto de piel no intacta (piel con abrasiones o afectadas por dermatitis) con sangre, tejidos u otros fluidos potencialmente infecciosos

RIESGO BIOLÓGICO NIVEL II

- RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH

EXPOSICIÓN PERCUTÁNEA: 0.3%

(95% C. I. = 0.2 - 0.5) *Am J Med, 2007*

EXPOSICIÓN DE MEMBRANAS MUCOSAS: 0.09%

(95% C. I. = 0.006 - 0.5) *Ann Int Med, 2006*

EXPOSICIÓN DE PIEL NO INTACTA: NO CUANTIFICADO
PERO MENOR (CASOS REPORTADOS) *Am J Med, 2001*

RIESGO BIOLÓGICO NIVEL II

RIESGO DE TRANSMISIÓN HEPATITIS B y C

HEPATITIS CLÍNICA B

22% - 31%

EVIDENCIA SEROLÓGICA DE INFECCIÓN HB

37% - 62%

SEROCONVERSION HEPATITIS C

1.8% (Rango 0% - 7%)

RIESGO BIOLÓGICO NIVEL II

FACTORES QUE AFECTAN EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH

- CANTIDAD DEL INOCULO. SANGRE VISIBLE , INOCULACIÓN DIRECTA EN UN VASO, PROFUNDIDAD DEL PINCHAZO, TIPO DE AGUJA (*NEJM, 2007*)
- PERSONA FUENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA
- RESPUESTA INMUNE DEL INDIVIDUO (Linfocitos T citotóxicos -CTL response-) (*AIDS, 2008 – Inf. Cont. Epidemiol, 2009*)
- Uso de PPE TEMPRANA (Profilaxis Post Exposición) (*J. Virol, 2008*)

TRANSMISION DEL VIH POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL CASOS REPORTADOS AÑO 2008

EEUU : 56 SEROCONVERSIONES EN
TRABAJADORES DE LA SALUD
138 CASOS MAS POSIBLEMENTE
ADQUIRIDOS POR EXPOSICIÓN
OCUPACIONAL

U. E. : 29 CONFIRMADOS
42 POSIBLEMENTE ASOCIADOS

TOTAL: 116 CONFIRMADOS

MMWR 2009 , SEISIDA 2008

**PORCENTAJE DE CASOS CONFIRMADOS Y CASOS ASOCIADOS DE
INFECCIÓN POR VIH-1 ADQUIRIDA POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL.
DISTRIBUCIÓN POR OFICIO. UNIÓN EUROPEA**

Profesión	Casos Confirmados	Otros Casos asociables		
Enfermeras, auxiliares	49.9%	37.3%		
Técnico de laboratorio	19.5%	11.7%		
Personal servicios generales	3.26%	6.15%		
Médico clínico	7.6%	8.9%		
Médico cirujano	1.09%	8.38%		
Odontólogo – Aux.	-	9%		
		<i>SEISIDA, 2008</i>		

Casos confirmados de Infección por VIH-1 adquirida ocupacionalmente por trabajadores de la salud. Distribución según tipo de exposición y fluido implicado. UE y EEUU

Exposición	Percutánea	Mucocutánea	Ambas	NR-NA
UE	96,30%	3,70%	-	-
EE.UU.	79%	9,43%	3,78%	1,85%
Fluido Implicado	Sangre	Con sangre Visible	Concentrado de VIH	NR-NA
UE	86,96	13,04%	-	14,81%
EE.UU.	92,45%	1,89%	5,66%	1,85%

Manejo de la exposición ocupacional a VIH

Consejería:

- **Abstinencia sexual o uso de preservativo, evitar embarazos, no donar sangre, tejidos, semen, no amamantar.**
- **No realizar procedimientos invasivos predisponentes a exposiciones.**
- **Seguimiento Clínico.**
- **Consejería sobre aspectos legales.**

Estrategias para el control del riesgo biológico

1. Medidas de control administrativas
2. Medidas de Control ambientales
3. Protección Personal

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS PARA RIESGOS BIOLÓGICOS

Reducir la exposición :

- Establecimiento de manual de procedimientos de trabajo adecuados para evitar o minimizar los accidentes con agentes biológicos.
- Evaluación médica.
 - Examen medico completo al ingreso de cada trabajador.
 - Examen médico periódico ocupacional preventivo con exámenes médicos programados dirigidos específicamente a los trabajadores expuestos a los contaminantes biológicos (con titulación de anticuerpos, etc.).
- Inmunizaciones. (Principalmente Hepatitis B, recomendadas Influenza, Varicela, Tétano, triple Viral etc.)

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS

- Cada funcionario debe recibir instrucción apropiada para cada categoría de trabajo.
- Recomendaciones de medidas para el control de infecciones específicas para la zona.
- Cronograma y presupuesto suficiente para cubrir costos de material didáctico y capacitación al personal.
- Difundir entre todos los trabajadores el programa de seguridad e higiene para el uso, manejo, transporte almacenamiento y desecho de materiales contaminados por agentes patógenos, que en especial deberá contener las medidas preventivas de desinfección, esterilización y limpieza de todos los equipos e instrumental utilizado.

MEDIDAS AMBIENTALES

Reducir la contaminación de agentes infecciosos.

- La implantación de medidas de limpieza y desinfección, de mantenimiento de equipos e instalaciones y de gestión de los residuos generados, dentro de un manual de funciones para todas las personas, dentro de cada nivel en el que actúan, dentro del medio hospitalario.

MEDIDAS AMBIENTALES

Reducir la contaminación de agentes infecciosos.

- Las precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por sangre y de otros patógenos presentes en cualquier sustancia corporal y deben ser utilizadas con todos los pacientes hospitalizados o atendidos en un servicio de salud.
- **Estas precauciones son permanentes pues se deben considerar todas las personas enfermas como potencialmente infecciosas.**
- Todos los líquidos orgánicos se deben manejar de la misma forma.

MEDIDAS AMBIENTALES

- Utilizar ropa de trabajo adecuada y elementos de protección de barrera (guantes, gafas, botas etc.).
- Lavado de manos con agua y jabón de todo el personal después de haber tenido contacto con cualquier fluido o secreción corporal.
- Manejo adecuado de objetos cortantes o punzantes; su deshecho debe ser en contenedores especiales.

Protección personal

- **Utilización de equipos de protección individual (EPI)**
- Los tipos de EPIs (según la parte del cuerpo que protejan) son protectores de: cabeza, oído, ojos y/o cara, vías respiratorias, manos y/o brazos, pies y/o piernas, piel, tronco y abdomen.
- Cada usuario debe disponer del manual de instrucciones de uso y mantenimiento.

Precauciones basadas en el mecanismo de transmisión

- ❖ Se utilizan en pacientes que tienen diagnósticos o sospecha de infección por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, para los cuales se necesitan medidas adicionales a las precauciones estándar.
- ❖ Se deben tener en cuenta los tres mecanismos de transmisión que son vía aérea, gotas y contacto.

REDUCCION DEL RIESGO

- BARRERAS FISICAS:

Guantes, mascarillas, gafas, batas y cualquier otro Equipo de Protección Individual.

- BARRERAS QUIMICAS:

Desinfectantes como hipoclorito sódico, formaldehido etc.

- BARRERAS BIOLOGICAS:

Vacunas, quimioprofilaxis e inmunoglobulinas

- PRECAUCIONES UNIVERSALES:

Códigos de buenas prácticas.

REDUCCION DEL RIESGO

- Medidas de higiene adecuadas.
- Adoptar medidas obligatorias de protección individual y colectiva.
- Señalización clara de elementos de riesgo.
- Normas seguras de almacenamiento y transporte.
- Monitoria frecuente de depósitos de desechos.
- Inducción y capacitación continua del personal.
- Planes de emergencia en caso de incidentes.

Bioseguridad

- Se define como una norma de comportamiento cuyo objetivo es lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del personal que trabaja en el área de la salud, de adquirir infecciones en el medio laboral, afectando no solo su salud sino también la de su entorno.

Bioseguridad

Objetivo

- Conjunto de métodos tendientes a minimizar el riesgo asociado a la exposición de los microorganismos, mediante la protección de los operadores, personas del entorno, animales y el medio ambiente.
- Involucra técnicas de laboratorio, equipos de seguridad y diseño de instalaciones.

Bioseguridad

Objetivo

- Proteger a los usuarios.
- Prevenir y asegurar la integridad de los estudios experimentales o corregir pruebas clínicas.
- Controlar y contener a todos los agentes infecciosos.
- **LEMA: NO ME CONTAGIO NO CONTAGIO**

Bioseguridad

- Las precauciones universales estándar son el lavado de manos, uso de elementos de barrera, cuidados con los objetos corto punzantes y precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.
- Vacunación contra la hepatitis B y cumplir con lo establecido respecto a los procesos de esterilización y desinfección, así como con la recolección y transporte adecuados de muestras y residuos sanitarios.

Bioseguridad

Las pautas generales de manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos potencialmente contaminados incluyen:

- Lavado con agua y jabón,
- Determinar el riesgo de la exposición,
- Evaluar la fuente,
- Evaluar a la persona expuesta,
- Aplicar profilaxis a personas con riesgo de infectarse y
- Efectuar seguimiento y consejería al afectado.

Bioseguridad

- Es importante que no solo los médicos sino absolutamente todas las personas que ejercen su actividad en el área de la salud, cumplan con las precauciones universales estándar, previniendo de esta forma los riesgos biológicos,

NO OLVIDAR QUE EL RIESGO CERO NO EXISTE.

RIESGO BIOLÓGICO



GRACIAS

César Prieto Ávila M.D.

Nov. 27 de 2009

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Eduardo Franco Delgadillo

“Conciencia”

Conocimiento interior del bien y del mal.

Juicio reflexivo por el que distinguimos interiormente el bien del mal, la actuación correcta de la incorrecta, la acción honesta de la deshonesta, la conducta ética y moral, de la inmoral y sin ética.

Sócrates y Antígona

Sócrates: Acusado de impío por situar por encima de la Polis (la Ciudad-Estado) la obediencia debida a la voz interior de su conciencia personal (daimon)

Antígona: se niega a obedecer al rey Creonte y -contra su mandato- entierra a su hermano Polinices, muerto en la lucha contra su ciudad, Tebas

PLURALISMO ÉTICO

“Como signo de madurez cívica y de progreso moral y político, las sociedades modernas aceptan el gesto de la objeción pacífica, sin tomar represalias o ejercer discriminaciones contra el objetor”

Rechazo al acto

La objeción de conciencia, que se refiere al rechazo de ciertas acciones, nada tiene que ver con el rechazo de las personas

OBJECCIÓN y NEGATIVA

Objetor de conciencia: quien tenga conciencia

Negativa de la clínica: La filosofía institucional no puede desconocer el orden jurídico del Estado

Constitución Política

Un régimen democrático debe respetar la libertad de cada ciudadano para vivir de acuerdo con sus convicciones

Art. 18 "Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas, ni a actuar contra su conciencia"

Conflictos del objetor

- 1. Conflictos entre el objetor y el solicitante de asistencia**
- 2. Problemas entre el objetor y sus colegas**
- 3. Tensiones entre el objetor y su jefe jerárquico**
- 4. Situaciones conflictivas entre un jefe a su vez objetor y los demás miembros directivos**
- 5. Tensiones entre las autoridades oficiales y la Institución de salud**

NO DISCRIMINACION DEL OBJETOR

LA PERSONA PUEDE PRESENTAR O NO PRESENTAR OBJECCIÓN: esa información no debe tenerse en cuenta para:

- Admisión o permanencia en instituciones políticas, económicas armadas, de salud*, educativas, deportivas, sociales o de rehabilitación
- Acceso a cualquier actividad laboral o a los servicios públicos
- Afiliación a una EPS o IPS

PAPEL DEL COMITÉ DE ÉTICA

En lo referente a los aspectos éticos, es de gran valor la demostración de coherencia en el comportamiento personal del objetor

- La solicitud se presenta para no participar en un tipo particular de procedimiento o tratamiento
- La petición corresponde a un valor que el profesional ha mantenido consistentemente
- La responsabilidad asistencial de la que pretende ser excusado no es fundamental para la profesión

En el derecho al aborto

“El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia debe encontrarse acorde con el orden jurídico, y por tanto no puede constituirse en un mecanismo de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres”

(Sentencia T-209/08)

ACTITUD DEL OBJETOR

El objetor no entrabará la prestación del servicio autorizado por el Estado. Su deber ético será, en consecuencia, el de remitir al paciente a un colega o a una Institución en donde le puedan brindar los cuidados que el paciente demanda (previo consentimiento informado, denuncia o certificado médico)

C-355/06 (despenalización del aborto); Resolución 4905/06, art.5

NO ES DERECHO ABSOLUTO

Límite: la Constitución en cuanto consagra derechos fundamentales que no pueden ser desconocidos sin menoscabar el orden jurídico

El profesional de la salud debe:

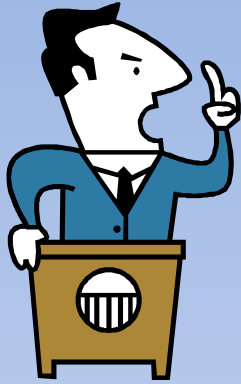
- atender la solicitud en forma oportuna
- ordenar la remisión
- evitar barreras de acceso

EL MÉDICO NO PUEDE

- Exigir autorización o consenso
 - de varios médicos
 - del marido
 - de los padres o familiares
 - de jueces o tribunales
- Imponer listas de espera
- Abstenerse de remitir de manera inmediata
- Violar la reserva del secreto profesional

EVENTOS

- Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
- Esterilización de personas
- Clonación; investigación con células troncales o preembriones
- Fertilización in vitro y procreación asistida
- Trasplante de órganos
- Eutanasia y Ayuda al suicidio
- Tratamientos coactivos a discapacitados
- Prescripción de la píldora del día siguiente
- Cambio de sexo
- Voluntad anticipada del paciente



GRACIAS



Eduardo Franco Delgadillo

EL RIESGO DEL MEDICO EN LA PRACTICA DE LA EUTANASIA

Efraím Otero Ruiz, M.D.

Nov. 27 de 2009

- Quiero, en nombre del Tribunal Nacional de Ética Médica, agradecer la deferencia que ha tenido el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca al invitarnos nuevamente a este 9o. seminario de Ética Médica, en dos de los cuales ya he tenido la oportunidad de participar como ponente. Y lo hago en reemplazo de nuestro Presidente el Dr. Juan Mendoza Vega, ausente del país, quien por ser nuestro experto en morir dignamente y actual Presidente de las Asociaciones Colombiana y Mundial sobre esos aspectos, debería ser el vocero adecuado para llevar la palabra en el tema que se me asigna y que trataré de cubrir en la medida de mis capacidades.

- Para entrar en materia citemos la conocidísima etimología de la palabra eutanasia, que viene del griego *eu* = bien o bueno y *tanatos*=morir, muerte. (Fig.) Para John Keown (1), autor de uno de los más importantes tratados sobre el tema, se define como “la muerte intencional de un paciente, por acción o por omisión, como parte de la atención médica”. Vemos que en esa definición los dos componentes esenciales son los términos “intencional” y “atención médica”. Extendiendo la definición podemos dividirla en dos grandes categorías, la eutanasia **activa** y la **pasiva**, (Fig.) según se trate de la administración de sustancias con la intención de causar la muerte –y aminorar el sufrimiento- y la pasiva, que consiste en una especie de *laisser faire* o dejar hacer a la naturaleza, permitiendo que la muerte sobrevenga en forma natural pero sin descuidar los cuidados elementales y sobre todo el alivio del dolor, el sufrimiento o la incomodidad del paciente. Y de acuerdo con el grado de conciencia y de voluntad del paciente se divide también la activa en voluntaria e involuntaria, según el paciente se halle en pleno uso de sus facultades para consentirla y ordenarla o, por el contrario, se halle en un estado de alienación o disminución mental en que no pueda discernir bien ese consentimiento.

- Aquí surge uno de los problemas legales más agudos que han surgido en las últimas décadas y que corre paralelo con los dilemas del consentimiento informado –tratados en otros simposios- pero que adquiere aquí la máxima gravedad, ya que se trata de una decisión de vida o muerte. Y en caso de no existir ese consentimiento explícito –como lo detalla la Ley 23 de 1981 para las terapias o procedimientos en general- el médico está expuesto a que se lo demande o se lo acuse por homicidio en cualquiera de sus grados, como veremos adelante a propósito de la Ley colombiana.

- Quiero manifestar de entrada que, por principios y por tradición hipocrática –independientemente de consideraciones religiosas o de otro género- no estoy de acuerdo y me declaro opuesto a la eutanasia activa, ya sea voluntaria o involuntaria. Esta es una posición estrictamente personal y no expresa en ningún momento la de los miembros del Tribunal Nacional de Ética Médica, individual o colectivamente. Esa tradición es muy antigua y casi simultáneamente fue adoptada, en el primer milenio a.C. por la cultura judeo-cristiana y por la medicina hipocrática. (Fig.) Ese mandamiento de no matar, de hacer el bien y no el mal pasó luego a la medicina romana con el precepto de *primum non nocere*, primero no hacer daño, que ha transcurrido incólume hasta la ética y la bioética de nuestros días (2).

- Por el contrario, sí estoy totalmente de acuerdo con la llamada eutanasia pasiva, es decir, la de evitar medidas complicadas, costosas y generalmente inútiles para prolongar innecesariamente la vida en pacientes terminales. En ello he seguido fielmente un precepto (y así se lo comuniqué durante 20 años a mis colegas y estudiantes del Instituto Nacional de Cancerología) que a mí me enseñó el Dr. Holmes, profesor de radiología y radioterapia de Harvard : ***El deber del médico es prolongar la vida, no prolongar el acto de morir.***

•Ello se ha hecho más pertinente en las últimas tres o cuatro décadas, con los progresos innegables en la terapéutica del cáncer y de otras enfermedades degenerativas o agobiantes que llevan a la agonía prolongada a muchos pacientes. Y, desafortunadamente también, por la desaforada difusión que se hace por los medios de comunicación y por el internet de procedimientos terapéuticos que, o no están lo suficientemente comprobados científicamente, o se divulgan para propaganda y lucro de médicos inescrupulosos o de compañías farmacéuticas sin los suficientes controles éticos o de vigilancia por parte de las autoridades. Recordemos, sin ir muy lejos, los “goles” que en años recientes le han metido a la poderosa FDA de los Estados Unidos con medicamentos adversos o deletéreos, en algunos de los cuales los efectos dañinos se conocían desde antes de someterlos a la aprobación de dicha agencia y fueron solapadamente disimulados o escondidos por el productor, con miras a obtener más prontas ganancias.

- Otro factor que allí juega, y que compromete gravemente la ética de muchos médicos, es el de aquellos casos (que excepcionalmente llegan a nuestros Tribunales) de familias o personas interesadas en prolongar la vida a pacientes totalmente incapacitados por muerte cerebral o lesiones neurológicas severas, ya sea por razones de afecto- totalmente egoístas aunque noblemente inspiradas - o, lo más grave, por consideraciones económicas en que quieren que la persona sobreviva hasta que se defina una herencia o una repartición de bienes.

- Y esa presión puede ejercerse sobre los galenos e instituciones de salud hasta límites insospechados, especialmente en ciertos ambientes corrompidos y violentos que abundan entre nosotros! En épocas recientes, todos lo sabemos ya desde el famoso caso Quinlan en los Estados Unidos hasta uno reciente en Italia, tales decisiones han ocupado tanto los estrados judiciales como los periódicos o los noticieros. Y muchas veces también el desenlace, para sorpresa de muchos, ha sido que la vida de esos desgraciados individuos sigue prolongándose a pesar de la suspensión de las medidas de nutrición o de soporte vital. (1, 6)

- Pero, ojo! esa decisión de actuar o no actuar, de prolongar o no la vida con medidas heroicas, debe tomarse con mucho cuidado especialmente en pacientes con capacidades vitales insospechadas (jóvenes o ancianos) en que la vida, aparentemente ya perdida, puede recuperarse milagrosamente gracias a los esfuerzos prolongados de los médicos o de los equipos de reanimación! Estoy seguro que todos los aquí presentes hemos visto o hemos oído relatar casos de ese talante (6).

- Volviendo al tema que nos ocupa, los riesgos para el médico pueden ser legales o jurídicos, profesionales o sociales, económicos y físicos, como los arriba mencionados. Para las primeras categorías existe afortunadamente desde hace casi 30 años la Ley de Ética Médica y los Tribunales de la misma, que complementan, modulan y a veces previenen las sanciones que pudieran provenir meramente de lo penal o de lo contencioso-administrativo.

- Muchos de esos fallos están admirablemente recogidos en los 3 volúmenes sobre “Responsabilidad ética-médica disciplinaria” publicado hace 3 años por los profesores Guzmán, Franco y Saavedra (3), uno de los cuales, el Dr. Franco Delgadillo, afortunadamente nos acompaña hoy. La ausencia por enfermedad de mi compañero y amigo de 10 años en el Tribunal Nacional, el Dr. Edgar Saavedra (ilustre hijo de esta tierra) hace que me sienta más inseguro y sin a quién mirar cuando digo algunas de estas cosas. Pero estoy seguro que muchas de las dudas las podrán ustedes resolver en el libro citado, que se ha convertido en una especie de Biblia para todos los Tribunales.

- En cuanto a la eutanasia activa, su aplicación y las medidas en pro o en contra de ella, al menos en el mundo occidental tienen mucho que ver sobre lo que se ha dictaminado desde muy antiguo sobre la pena de muerte. El artículo de Michael Norko (4), profesor de Psiquiatría de la Universidad de Yale y a quien conocí personalmente el mes pasado, hace un resumen de esas ideas en la tradición cristiana y católico-romana, desde San Pablo y los Padres de la Iglesia hasta nuestros días, y es un artículo que recomiendo por la forma profunda e imparcial como está escrito.

- El cree que la oposición actual de la Iglesia a la pena de muerte y por ende a la eutanasia (como me lo confirmó personalmente en nuestro breve encuentro) puede resumirse en las encíclicas de Juan Pablo II, especialmente la ***Evangelium vitae*** (Fig.) que se refiere tanto a la eutanasia como a la pena de muerte (Fig.). Como cree también que esa tradición (y la revulsión que causó la supuesta eutanasia de los nazis a millones de individuos de razas o condiciones menos favorecidas) llevó, recién pasada la Ila. Guerra Mundial, a la Declaración de Ginebra de 1948 (Fig.), muy pronto adoptada por la Asociación Médica Mundial y que sigue siendo la base de la totalidad de los códigos de ética médica o de bioética aún vigentes (5). En ella la afirmación de prolongar la vida y no causar la muerte, como prolongación y actualización del juramento hipocrático, se encuentra presente desde su comienzo.

- Y se ha reflejado en la legislación vigente (Fig.) en la gran mayoría de los países occidentales (con contadísimas excepciones) en contra de la pena de muerte y de la eutanasia (1,3,6,7).

- En lo concerniente a la Ley colombiana, estoy seguro que el Dr. Franco y otros juristas y eticistas aquí presentes me ayudarán en el análisis de estos aspectos, durante la discusión o las preguntas. La Constitución de 1991 ratificó en sus artículos 11 y 16 el derecho a la vida (con la negativa de la pena de muerte) y al libre derecho de la personalidad (Fig). Basado en ellos emanó el artículo 326 del Código Penal (Fig.) que se refiere específicamente al homicidio por piedad o eutanasia, fijando penas de 6 meses a 3 años a quien la lleve a cabo. Sin embargo al ser demandado este artículo por los propulsores de la eutanasia, en 1997 la Corte Constitucional (con ponencia del H. Magistrado Carlos Gaviria) falló declarando exequible (es decir, constitucional) este artículo pero haciendo la excepción de que,

- “en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues su conducta está justificada”. (Fig.) Este fallo causó gran revuelo en todos los círculos pues quedaron a mi manera de ver sin resolver dos grandes interrogantes: uno, el de la capacidad mental del mismo paciente terminal, que ya analizamos arriba, para tomar esa decisión ; otra, la de quién debería determinar la responsabilidad del médico si la misma Corte, los Tribunales de ética o, como alguien propuso, los Miembros del Congreso Nacional. La mejor refutación la ha hecho el Dr. Edgar Saavedra Rojas, (Fig.)

quien le dedica el primer capítulo, a manera de prólogo (“Derecho médico desde la perspectiva normativa”) de la magna obra sobre responsabilidad ética médica que hemos citado varias veces (3). Espero que el Dr. Franco Delgadillo en su intervención se pueda extender unos minutos sobre este tema. Que yo sepa, ante los Tribunales no ha llegado hasta ahora ningún caso que involucre responsabilidad sobre eutanasia o al menos no han llegado en última instancia ante el Tribunal Nacional.

Como hemos comentado varias veces en este último, le asiste toda la razón al Dr. Saavedra al decir que “la argumentación en favor de la exculpación del médico que practica la eutanasia ha debido orientarse a demostrar la justificación constitucional del comportamiento de este último en su condición de causante directo de la muerte del paciente terminal, sustentando la tesis con premisas constitucionales irrebatibles. Estas materias ocupan un lugar en la legislación penal, pero como la sentencia ubica el problema y su solución en el plano constitucional, el esfuerzo hermenéutico sólo puede conducir a dos conclusiones:

- la primera –que se adopta en la sentencia- postula que la controversia se decide tomando la Constitución como fuente directa, puesto que de ella surgiría la regla que resta antijuridicidad al acto de homicidio que realiza el médico como consecuencia de la petición libre del enfermo terminal agobiado por padecimientos extremos; la segunda, que me parece la correcta, no suprime la relevancia jurídica de la Carta como orientadora de sentido de la legislación penal; no obstante, defiere la resolución del problema al legislador histórico por ser una materia que debe ser objeto de un amplio debate democrático y decidirse a través del Congreso y no de la jurisdicción constitucional,

- la que debe reservarse como instancia de confrontación constitucional de las alternativas normativas que finalmente se adopten. Esta última posición descarta que de la Constitución pueda hacerse derivar de manera expresa, implícita, a modo de inducción o deducción, una regla según la cual el médico homicida, en el supuesto eutanásico analizado, tenga un derecho constitucional a una dispensa de su responsabilidad penal.

- La Constitución no es código universal que regule todas las materias y lo haga de manera autosuficiente". Hasta aquí el Dr. Saavedra.

- Otro aspecto de gran gravedad que ha colocado en gran riesgo legal a los médicos y ha enviado a muchos a prisión es el llamado “suicidio asistido”. Probablemente este viene siendo practicado desde tiempos inmemoriales, como lo ilustran las antiguas representaciones de la muerte de Sócrates. El acto suicida, en el último siglo, ha venido sufriendo diversas interpretaciones morales, religiosas, psiquiátricas, patológicas y hasta psicoanalíticas.

- En vista de la censura que desde hace mucho ha hecho la iglesia católica (recordemos que hasta la mitad del siglo XX existieron en muchas de nuestras ciudades los llamados “cementeros de suicidas”, separados de aquellos enterrados por lo católico) y los mismos gobiernos al acto de quitarse la vida; esa actitud se ha reflejado en la condena que se hace a quienes directa o indirectamente ayudan a llevarlo a cabo.

- Quizás quien hizo más por llamar la atención sobre este problema fue el Dr. Jack Kevorkian, patólogo de Michigan, quien desde los años 70s y 80s no sólo incrementó el número de publicaciones y centros a favor del suicidio sino que inventó una máquina inyectora, el “tanathron” con la que el paciente que así lo solicitara podía desencadenar en forma automática la inyección i.v. de las soluciones letales (muy parecidas o iguales a las empleadas en las ejecuciones, que veremos en seguida) sin mayor ayuda de terceros.

- Ello llevó a la drástica Ley del Estado de Michigan de 1993 –después que Kevorkian había confesado de por lo menos 15 suicidios asistidos- que califica dicha asistencia como un delito grave, sancionable hasta por 4 años de prisión. (Fig.) Como Kevorkian (8) (autor de un libro sobre el tema, desafiara dicha ley y continuara asistiendo los suicidios (incluso llegó a filmar y mostrar por televisión uno de esos actos), a comienzos de los 90s fue juzgado y sentenciado a pena de 20 a 25 años de prisión, de la que acaba de salir el año pasado, cuando apenas llevaba algo más de 8 (por atenuantes de buena conducta y otros).

-). El candente debate sigue en pie todavía y las argumentaciones han provocado numerosas publicaciones en revistas y libros, dos de los cuales, el de Toledano y el de Szasz (6,7) aparecen citados en las referencias de este trabajo. Es un problema que todavía no ha llegado a nosotros, pero que podría llegarnos en cualquier momento. Y no creo que la legislación penal ni la de ética médica esté preparada para resolverlo.

- Un último problema, que no nos ha llegado por no contemplar nuestra legislación la pena de muerte, es la de la participación del médico como instrumento directo de las ejecuciones, lo que a falta de un término español que traduzca la palabra "executioner" habría que llamar el "médico verdugo". Desde comienzos del siglo XX se creyó que la silla eléctrica había puesto punto final a las crueles y sangrientas ejecuciones que venían desde el mundo antiguo incluyendo decapitaciones, horcas, estrangulamientos, hogueras, guillotinas, fusilamientos y otros más dantescos.

- Pero fue tal el número de fracasos y de complicaciones de las electrocuciones (convictos que sobreviven por horas a las descargas, convertidos en verdaderos chicharrones humanos) que en 1966 se declaró para todos los estados de la Unión una moratoria de 10 años en la aplicación de la pena capital, mientras se buscaban métodos más “humanos” para inducir la muerte. Ello llevó a la “inyección letal” (Fig.) inventada en 1977 por un anestesiólogo, el Dr. Stanley Deustch, Jefe del Departamento de Anestesia de la Universidad de Oklahoma y al principio tan exitosa que fue adoptada universalmente por el gobierno federal y todos los estados.

- Como la administración de las soluciones anestésicas o curarizantes es del dominio de los anesthesiólogos, se acudió a ellos (en muchos casos como voluntarios, en otros imponiéndolo o exigiéndolo como deber del estado e imponiendo sanciones si no se cumple) para llevarla a cabo, o bien directamente, o bien indirectamente instruyendo e indicando a paramédicos o enfermeros que trabajan en las prisiones (Fig.).

- Sin embargo, el número de fracasos e incidentes de diversa índole, analizados con gran propiedad en artículos del New England Journal (9) o de los Annals of Internal Medicine y las supuestas sanciones impuestas a los médicos que no cumplan con esa obligación han llevado al rechazo total por parte de agrupaciones tan importantes como la American Medical Association, la California Medical Association y la Asociación Americana de Anestesiología,

- quienes se oponen rotundamente a la participación de los médicos por considerar que es una actividad violatoria de los códigos vigentes de ética médica (Fig.) que establecen que los médicos deben curar, no ejecutar a las personas. Y para muchos esa norma sería también aplicable a la práctica de la eutanasia activa o del suicidio asistido.

- Creo que así he cubierto, en la forma más resumida posible, el tema que se me pidió desarrollara ante ustedes esta mañana. Comprendo que muchos de los problemas éticos y profesionales, incluyendo la misma objeción de conciencia, siguen sin solucionarse alrededor de estos espinosos dilemas y espero que mi presentación sirva más para estimular los estudios y las discusiones que para tratar de ofrecer soluciones a los mismos.

- En todo caso, mil gracias por la atención que me han prestado y por la deferencia en invitarme a participar en este importante Seminario.

- **REFERENCIAS :**
- **Keown J: La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales. Fondo de Cultura Económica, México, 2004.**
- **Smith CM : Origin and uses of *primum non nocere*- Above all, do no harm! J. Clin. Pharmacol. 45:351-377, 2005.**
- **Guzmán F, Franco E, Saavedra E: Responsabilidad ética médica disciplinaria. Vols. I-III U. Libre-Ed. Panamericana, Bogotá, 2006.**
- **Norko MA : The death penalty in catholic teaching and medicine : intersections and places for dialogue. J.Am.Acad. Psych.Law 36-4:470-481, 2008.**
- **Otero-Ruiz, E.: Acuerdos y normas internacionales sobre ética médica y bioética. Persona y Bioética 5(12):118-122, 2001.**
- **Szasz, T: Libertad fatal-Etica y política del suicidio. Ed. Paidós, Barcelona, 2002.**
- **Toledano JR : Límites penales a la disponibilidad de la propia vida : el debate en España, Atelier Ed. Barcelona, 1999**
- **Kevorkian J.: Eutanasia-La buena muerte. Grijalbo E. Barcelona, 1993.**
- **Gawande A.: When law and ethics collide-Why physicians participate in executions. N.Eng.J.Med. 354:1221-1229, 2006.**

- **GRACIAS**
- **Efraím Otero Ruiz, M.D.**

Nov. 27 de 2009

TRIBUNAL DE ETICA MEDICA DEL VALLE DEL CAUCA

Cali Noviembre 27 de 2009



Es la medicina una profesión de riesgo?
RIESGO FISICO DEL MEDICO EN ZONAS DE
ORDEN PUBLICO

Camilo Uribe Granja MD MCs.

Académico

Medico toxicólogo



DEFINICIONES

Medicina

- Del latín *medicina* derivado de *mederi* (curar, medicar) es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano. Implica el arte de ejercer el conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades.

Medico

- Un médico o doctor es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener, prevenir y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.
- Cassel Erik: El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar.



Riesgo

- Es la probabilidad de que por azar ocurra un hecho que produzca una necesidad de reparación.
- El riesgo se refiere sólo a la teórica "posibilidad de daño" bajo determinadas circunstancias, mientras que el peligro se refiere sólo a la teórica "probabilidad de accidente o patología" bajo determinadas circunstancias, sucesos que son causas directas de daño.



RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

Es aquella que existe cuando una persona causa, ya por si misma, ya por medio de otra de la que responde, ya por una cosa de su propiedad o de que se sirve, un daño a otra persona, respecto de la cual no estaba ligada por un vínculo obligatorio anterior relacionado con el daño producido

RIESGO PROFESIONAL – RIESGO BIOLÓGICO

Riesgo biológico

- Consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea (sobre todo) una amenaza a la salud humana

En el medio sanitario, el riesgo biológico es el que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas y el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos.

¿QUÉ ES MISIÓN MÉDICA?

“Personas, instalaciones, medios de transporte, equipos, materiales y actividades transitorios o permanentes, civiles o militares, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios asistenciales a las personas afectadas o que puedan resultar afectadas a causa o con ocasión de un conflicto armado”





MISIÓN MÉDICA

Asistencia Humanitaria compromete:

- Acciones gubernamentales que garanticen la labor médica.
- Respeto al personal médico, heridos, enfermos, instalaciones, medios de transporte y los símbolos distintivos.



Misión Médica y DIH

Deberes para el Personal Médico:

Recoger, asistir y no abandonar a los heridos y a enfermos.

No discriminar.

Dar prioridad a urgencias médicas de las fuerzas armadas en campaña.



Los deberes y beneficios se derivan de:

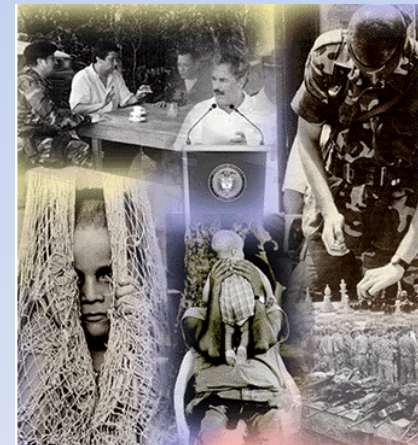
El propósito de mitigar el sufrimiento y el número de víctimas posibles en una confrontación.

Las consecuencias que el conflicto genera para la salud pública por las enfermedades epidémicas y letales y las secuelas físicas, psicológicas y sociales producidas por el mismo.

Derecho Internacional Humanitario

Conjunto de normas que, por razones humanitarias, trata de *limitar los efectos de los conflictos armados*.

Los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y los dos Protocolos de 1977 adicionales



MISIÓN MÉDICA: LABOR HUMANITARIA Y SALUD PÚBLICA EN MEDIO DE LA CONFRONTACIÓN ARMADA, tomado de: www.derechoshumanos.gov.co/modules.php?name=informacion&file=article&sid=82

¿Qué es el derecho internacional humanitario? Tomado de: [http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/html/5v5jw9/\\$file/dih.es.pdf?openelement](http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/html/5v5jw9/$file/dih.es.pdf?openelement)

Derecho Internacional Humanitario

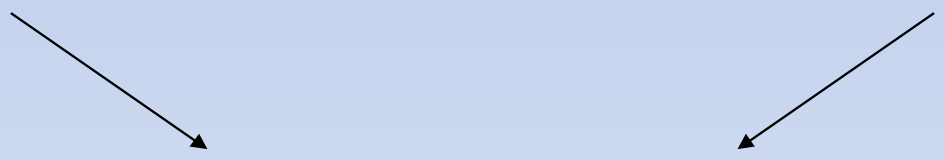
Las normas estipuladas en el DIH deben ser respetadas por los Gobiernos y sus fuerzas armadas, por grupos armados de oposición y por cualquier otra parte en un conflicto.



Derecho Internacional Humanitario

La protección de las personas que no participan o que ya no participan en las hostilidades.

Una serie de restricciones de los medios de guerra, especialmente las armas, y de los métodos de guerra, como son ciertas tácticas militares



Limitar y evitar el sufrimiento humano en tiempo de guerra.

Derecho Internacional Humanitario

Civiles

Personal médico

Personal religioso

Combatientes heridos o enfermos

Náufragos

Prisioneros de guerra

Normatividad nacional

- La misión médica se ha tratado con interés sólo a partir de 1998
- No existen en realidad muchas normas nacionales al respecto

1. Decreto 860 del 8 de mayo de 1998

protección y el uso que debe darse al nombre y el emblema de la Cruz Roja

Normatividad nacional

2. Resolución 01020 del 5 de agosto del 2002

Medidas para la protección de la misión médica

3. Proyecto de Ley No 048 del 2002

Uso del emblema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otros emblemas protegidos por los Convenios de Ginebra

Normatividad nacional

4. Ley 782 del 2003

Artículo 81 la obligación para el gobierno de poner un funcionamiento un programa de protección a personas que se encuentren en situación de riesgo

5. Ley 599 del 2000

Título II los *"Delitos contra personas y bienes protegidos por el Derecho Internacional Humanitario"*

Norma más amplia de protección, pero está encaminada a sancionar las infracciones

MISIÓN MÉDICA

El personal médico se ha visto gravemente afectado por el conflicto armado en Colombia, limitando en algunas zonas la acción de la Misión Médica



MISIÓN MÉDICA

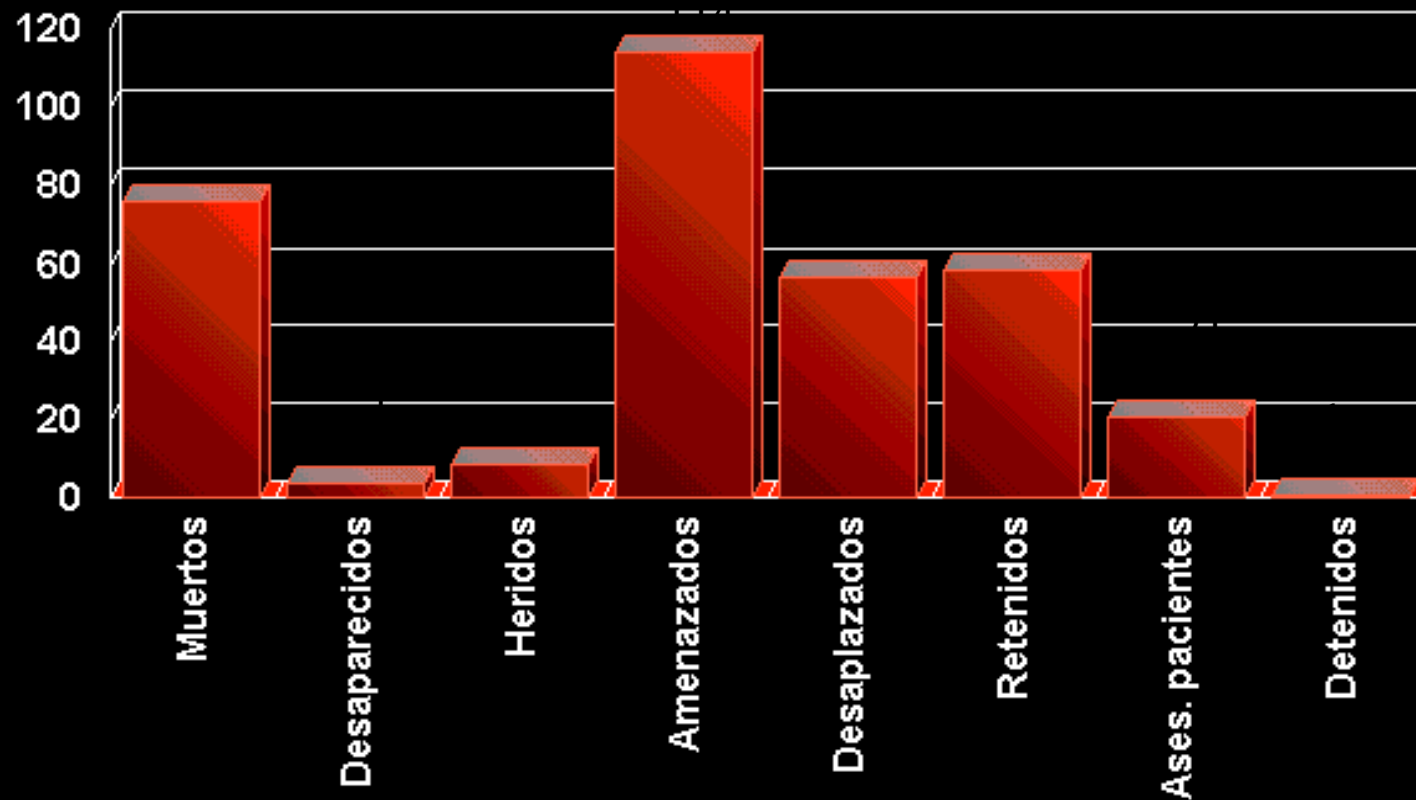
Ataques a la Misión Médica Tipo de infracción Colombia 1995 - 1998



Acciones al tránsito
equipos

MISIÓN MÉDICA

Ataques a la Misión Médica **Vida e Integridad - Colombia 1995 - 1998**

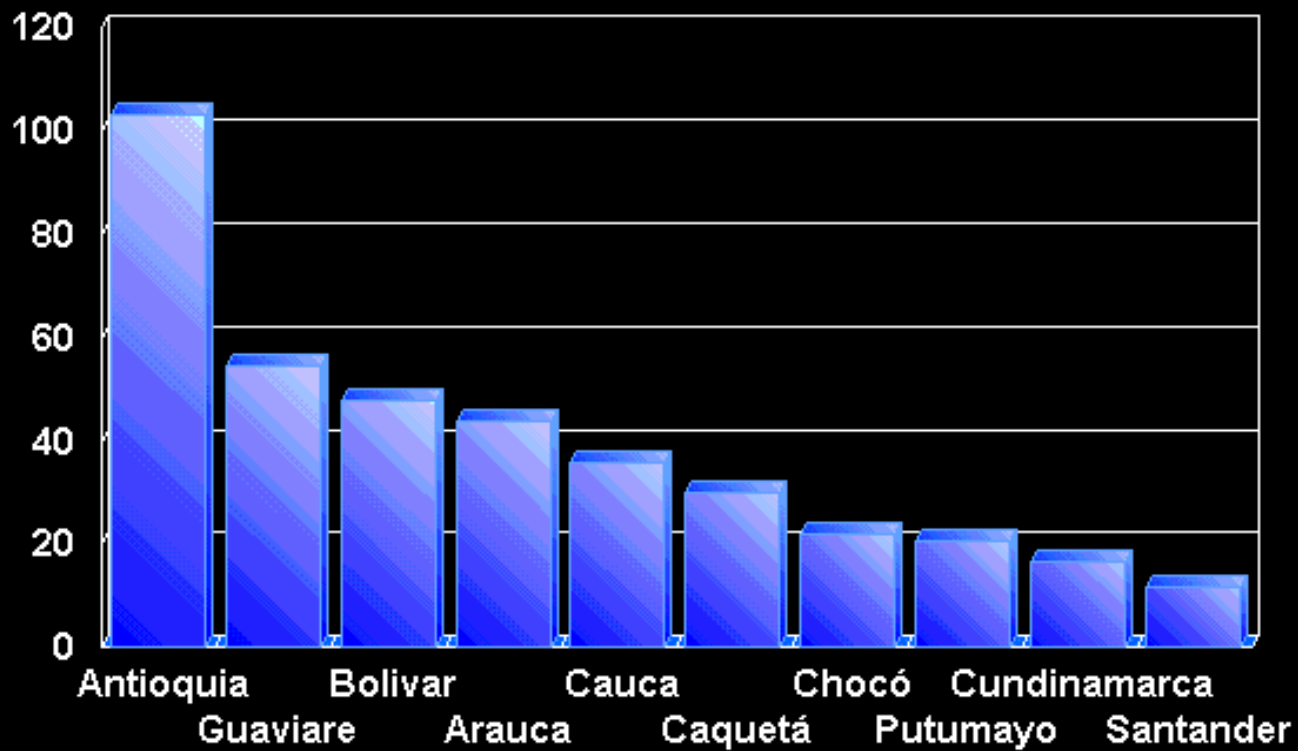


Misión médica

- Los promotores de salud, los auxiliares de enfermería y los médicos aportan el mayor número de muertes, con 17, 14 y 11 respectivamente
- Aumento malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores por los impedimentos a las labores de fumigación por amenazas u homicidios del personal encargado, = Programa Ampliado de Inmunizaciones

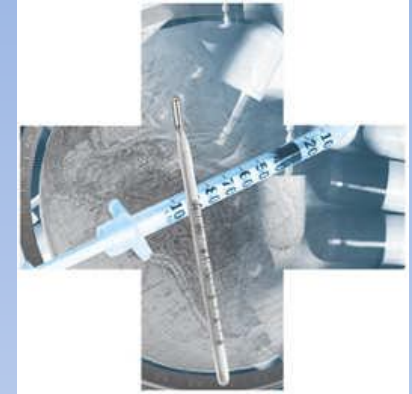
MISIÓN MÉDICA

Ataques a la Misión Médica Diez departamentos - Colombia 1995 - 1998



1998 y 2002

384
casos

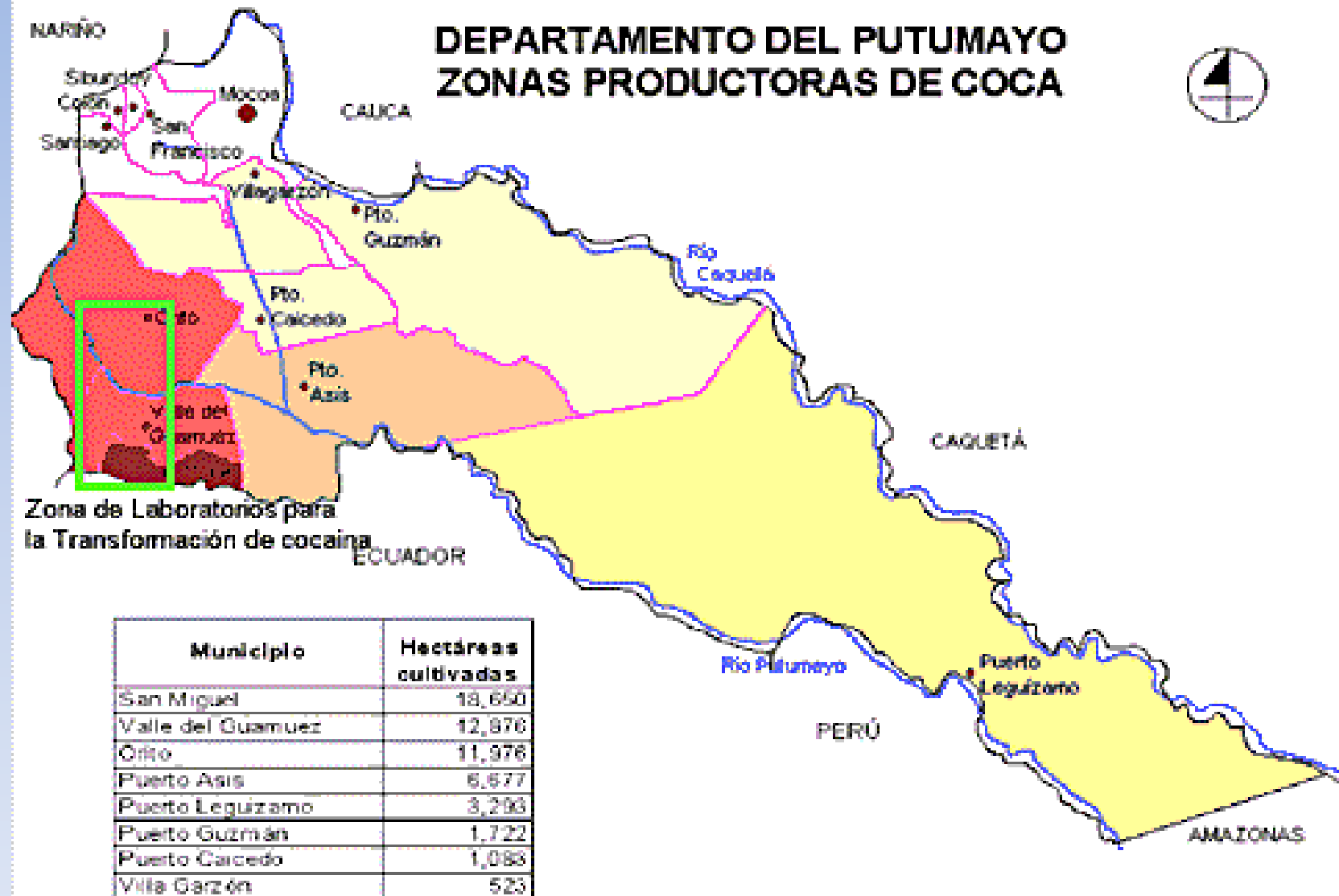


10%
ataques contra
la infraestructura
sanitaria

2%
actos de perfidia

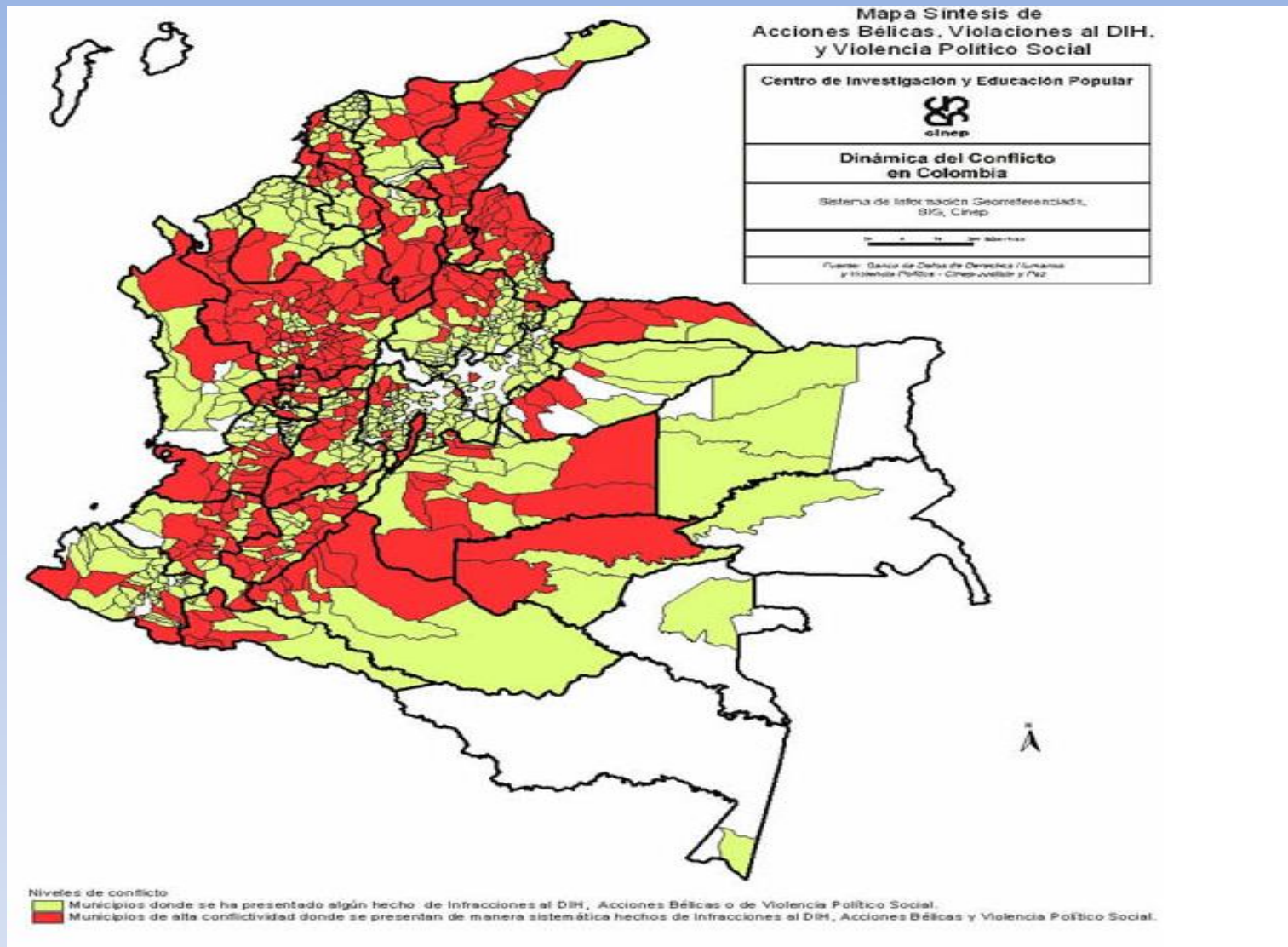
88%
Amenazas
Retenciones
Homicidios
contra el personal
de salud

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO ZONAS PRODUCTORAS DE COCA









Municipios en donde se ha presentado algún hecho de infracciones al DIH. Acciones Bélicas o de violencia político social



Municipios de alta conflictividad donde se presentan de manera sistemática hechos de infracciones al DIH. Acciones Bélicas o de violencia político social

- GRACIAS

- Camilo Uribe Granja MD MCs.



**TRIBUNAL DE
ÉTICA MÉDICA
DEL VALLE DEL CAUCA**