

UNIVERSIDAD PANAMERICANA



MAESTRÍA EN BIOÉTICA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA SEP RVOE 20100494

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE BIOÉTICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

“PROBLEMAS ÉTICOS EN LA REHABILITACIÓN FÍSICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Tesis que para obtener el grado de

Maestra en Bioética

Sustenta

Blanca Angélica Arcos Orozco

Bajo la dirección del

Dr. Francisco Javier Marcó Bach

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	3
La Rehabilitación Física en el Instituto Mexicano del Seguro Social	4
Módulo de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar estudiada	6
Definición de un Problema Ético.....	7
Contexto de Implicaciones Bioéticas en Rehabilitación dentro del IMSS	8
Vivencia de la Ética en el Instituto Mexicano del Seguro Social.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVO GENERAL	12
Objetivos Particulares.....	12
HIPÓTESIS	12
II. METODOLOGÍA	12
Metodología empleada para realizar el estudio Bioético.....	13
III. RESULTADOS	16
Descripción de los casos identificados y agrupación de problemas éticos.....	17
Documentos jurídicos y en materia de Bioética, aplicables a cada una de las problemáticas éticas identificadas en el Módulo de Rehabilitación.....	26
IV. DISCUSIÓN BIOÉTICA	47
Problema ético 1: El paciente con incapacidad temporal para el trabajo, ¿tiene derecho a rechazar la terapia física institucional?.....	47
Problema ético 2: La integración laboral de pacientes con secuelas temporales o discapacidad permanente, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud? ¿es ético darlos de alta?	48
Problema ético 3: La integración laboral de pacientes con mal pronóstico funcional, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud?.....	50
Problema ético 4: ¿Qué principios bioéticos entran en conflicto por errores médicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones agudas y enfermedades crónicas?.....	50
Problema ético 5: Bajo el principio de responsabilidad, ¿es válida la suspensión de atención médica por falta de apego a la terapia física?	52
Problema ético 6: ¿Qué principios entran en conflicto por una deficiente información al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de patologías que producirán dolor crónico? 52	
Problema ético 7: ¿Cómo aplicar el principio de justicia, en la distribución y planeación de recursos ante la oferta y demanda de atención en Rehabilitación?	53
CONCLUSIONES.....	54
REFERENCIAS	55

I. INTRODUCCIÓN

La Rehabilitación Física surge con la necesidad de integrar al paciente con discapacidad temporal o permanente a su medio familiar, social y educativo/laboral. En este proceso intervienen diversos factores que interactúan de manera compleja planteando problemas éticos que serán analizados a la luz de una metodología que permita descubrir soluciones reales para la práctica médica cotidiana.

Desde la década de los 50's, la Rehabilitación en México se desarrolló en diversas instituciones. El Hospital Infantil ofreció servicios de rehabilitación y terapia física desde 1943. El Instituto Mexicano del Seguro Social inició su primer curso de posgrado en 1965 y en el año 2005 se implementaron Módulos de Rehabilitación en el primer nivel de atención médica¹ para el manejo temprano de lesiones óseas y musculoesqueléticas, que producen incapacidad temporal para el trabajo, así como la atención y prevención de padecimientos neuromusculares degenerativos, que anteriormente sólo se otorgaban en unidades de segundo y tercer nivel de atención.

La práctica médica en un contexto institucional a nivel público, obliga a empatar los recursos disponibles a las mejores prácticas profesionales. La discordancia entre estos recursos impacta en la calidad de la atención médica, y como consecuencia origina algunos problemas éticos.

MARCO TEÓRICO

En México, el artículo 4º Constitucional declara que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Este derecho debe ser correctamente interpretado: no significa la prerrogativa jurídica a no sufrir padecimientos o enfermedades, sino a contar con los medios necesarios para disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental².

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho a la protección de la salud se satisface asegurando su disponibilidad, su accesibilidad formal y fáctica (no discriminación, acceso geográfico, físico y económico), su aceptabilidad (congruencia entre medios sanitarios y condiciones socioculturales) y la calidad de los servicios de salud que se otorgan a la población³.

La aplicación de esta normatividad se concreta en México mediante el sistema de salud pública que comprende al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos y la Secretaría de la Defensa Nacional, entre otros.

La atención primaria de salud es el nivel básico e inicial de atención al paciente, que garantiza la globalidad y continuidad de los servicios médicos, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

Dentro del IMSS, las Unidades de Medicina Familiar (UMF) se encargan de aplicar básicamente la medicina general y familiar mediante servicios de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria a través del diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio⁴, así como la orientación por el médico de primer nivel en materia de rehabilitación física para padecimientos principalmente musculoesqueléticos.

En este último ámbito, es necesario enfrentar los nuevos retos que en materia de Seguridad Social exige nuestro país. El incremento en la esperanza de vida ha dado como resultado la disminución de la mortalidad en las principales etapas de la vida por lo que un número cada vez mayor de personas llegan a edades superiores a los setenta años, actualmente 3.8 millones de personas se encuentran en esta etapa y presentan un crecimiento de 3.8% anual⁵, lo cual se traduce en incremento de enfermedades crónico degenerativas. Por otra parte las condiciones de industrialización de nuestro país y la complejidad actual de las ciudades, así como las condiciones de inseguridad incrementan los accidentes produciéndose cada vez más discapacidad que requiere una Rehabilitación integral con la mayor calidad y al menor tiempo y costo posibles lo cual representa una área de oportunidad en este campo.

El presente protocolo de investigación busca analizar desde el punto de vista bioético, la atención médica en un Módulo de Rehabilitación dentro de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, por lo cual a continuación se desglosan cada uno de estos tópicos.

La Rehabilitación Física en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El 15% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad, del cual el 7% corresponde a padecimientos del sistema neuromusculoesquelético según la Organización Mundial de la Salud⁶; trasladando estas cifras a México y siendo el IMSS la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica, cabe señalar que se brinda atención médica a una población aproximada de 58 millones de derechohabientes, con una proporción de personas con discapacidad severa de 2.5% que requieren servicios de Rehabilitación⁷.

De acuerdo a la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación A.C., la Institución más importante en materia de Rehabilitación es el IMSS, ya que cuenta con 154 servicios en todo el sistema y proporciona atención médica integral a más de 50 millones de mexicanos.

Dentro de su legislación, la Ley del IMSS establece que todos sus afiliados trabajadores reciben como parte de su tratamiento, los servicios de rehabilitación y aquellos trabajadores que sufran algún accidente en su trabajo tiene derecho a prótesis y órtesis⁸ necesarias para su reincorporación laboral.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con cuatro Unidades de Medicina Física y Rehabilitación de tercer nivel, tres localizadas en la Ciudad de México y una en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León. Además de 14 Servicios de Rehabilitación en Unidades

Médicas de Alta Especialidad y 101 Servicios de Rehabilitación en Hospitales Regionales y Generales de Zona⁹.

Con la finalidad de otorgar atención médica integral en los tres niveles de atención, en Junio del 2005 el IMSS inició la apertura de los Servicios de Rehabilitación en el Primer Nivel de Atención (Unidades de Medicina Familiar) con una plantilla formada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, cuatro terapistas físicos, una trabajadora social y una enfermera general. La atención se dirige a diez patologías principales⁸ para el abordaje temprano de lesiones que producen incapacidad temporal y la atención-prevención de padecimientos crónico-degenerativos.

Las diez principales causas de atención médica que requieren rehabilitación en el primer nivel de atención son:

1. Esguince cervical
2. Síndrome doloroso lumbar
3. Síndrome de hombro doloroso
4. Lesiones de mano
5. Esguinces y fracturas de tobillo
6. Esguinces y fracturas de muñeca
7. Esguinces y otras lesiones de rodilla
8. Parálisis facial
9. Retraso en el desarrollo psicomotriz
10. Síndrome de caídas en el adulto mayor

La atención de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención está regulada por el documento con clave 2680-003-001 “Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización...”, actualizada el 15 de enero del 2013 por la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS con la siguiente base normativa¹⁰:

- Artículos 4 y 123, Apartado “A” fracciones XIV, XV y XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Artículo 487 de la Ley Federal del Trabajo.
- Artículo 8, fracción II de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
- Artículos 2, 3 fracciones XIX y XXV, 27 fracción III, 174 fracciones III, V, VII, de la Ley General de Salud.
- Artículos 11, 50, 56, y 57 de la Ley del Seguro Social.
- Artículos 25 y 26 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (México firma el 30 de marzo de 2007 y fue ratificada por el Senado de la República Mexicana con fecha 17 de diciembre de 2007).
- Artículos 7, 8, 10 fracciones I y IV, 135 Y 140 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Artículos 1, 3, 4, 70, 71, 78 y 84 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

De manera que en el IMSS, la Rehabilitación se provee desde el primer hasta el tercer nivel de atención en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), Hospitales Generales Regionales (HGR) y Hospitales Generales de Zona (HGZ) en régimen de internamiento y consulta externa de especialidad así como en Unidades de Medicina Familiar.

La referencia a otro nivel de atención procede cuando la infraestructura y la capacidad resolutoria del servicio de Medicina Física y Rehabilitación en Unidades de Medicina Familiar son insuficientes para atender al paciente debido a las características de la limitación o discapacidad que éste presenta¹¹.

Para la presente investigación se ha tomado como referencia el punto 4.3.2 de dicho “Procedimiento para la atención de pacientes en Medicina Física y Rehabilitación” que establece el respeto a los derechos humanos, así como las características individuales de cada persona bajo los principios éticos de la práctica médica¹², lo cual se concreta mediante los servicios de consulta externa, enseñanza de tratamiento domiciliario y terapia física supervisada con apego a las Guías de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento (GPC), basadas en evidencia científica y en congruencia con los recursos disponibles en cada nivel de Rehabilitación.

Módulo de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar estudiada

La Unidad de Medicina Familiar (UMF) estudiada pertenece al Estado de México División Oriente su población adscrita es de 269 276 derechohabientes con una población usuaria de 243 025¹³, es decir, el 90.9% de la población adscrita. Los pacientes atendidos en esta UMF provienen de 149 colonias de los municipios de Tlalnepantla de Baz, Atizapán de Zaragoza, Tultitlan y Cuautitlán Izcalli.

Esta UMF fue inaugurada en 1962 y en el año 2013 se cuantificaron en promedio al día: mil 800 consultas de medicina familiar, 85 de estomatología, 30 de salud en el trabajo, 46 de rehabilitación y 72 terapias físicas; cuenta con 39 consultorios de medicina familiar, 13 consultorios de medicina preventiva, laboratorio, rayos X, farmacia, módulo de medicina física y rehabilitación, nutrición, estomatología y optometría¹⁴.

El Módulo de Rehabilitación de esta UMF abrió sus puertas en el año 2002 y cuenta actualmente con área de acceso y control, sala de espera, un consultorio, tres cubículos para electroterapia, mecanoterapia y tracción cervical, así como el área de reeducación de la marcha y mesa para terapia ocupacional. La atención se brinda en turnos matutino y vespertino con la participación de un médico especialista en Rehabilitación, dos terapeutas físicos, una enfermera en Rehabilitación y un auxiliar de oficina por turno.

La consulta externa se lleva a cabo por el especialista en Medicina Física y Rehabilitación quien de acuerdo al interrogatorio y la exploración física determina el tipo de rehabilitación a seguir: 1) tratamiento en domicilio, para lo cual se proporciona el material de apoyo, 2) tratamiento institucional en el área de terapia física y 3) referencia al segundo o tercer nivel de atención de acuerdo al diagnóstico, el pronóstico y el grado de discapacidad.

El seguimiento subsecuente en el primer nivel de atención en Rehabilitación tiene por objeto establecer metas individuales para cada paciente según sus necesidades y al cumplirlas es dado de alta del módulo de Rehabilitación para continuar su seguimiento por medicina familiar, especificando el pronóstico, funcionalidad y cuidados necesarios en casa y actividad laboral.

De manera adicional, se cuenta con el apoyo de otras instancias que coadyuvan a la Rehabilitación integral del paciente de acuerdo a su situación personal, familiar, laboral, social y psicológica: Centro de Seguridad Social y grupos de autoayuda, programa terrestre y acuático de rehabilitación en Unidad de Bienestar Social, sesiones de Psicohigiene Familiar por médicos residentes de medicina familiar, orientación psicológica y tanatológica por Trabajo Social, orientación y control de peso por el servicio de Nutrición y Módulo de Reincorporación Laboral en 2º nivel de atención.

Definición de un Problema Ético

Para definir un “problema ético” resulta indispensable la comprensión de ambos términos. Un “problema” es una cuestión a aclarar, con un conjunto de hechos que obstaculizan la consecución de algún fin o el planteamiento de una situación, cuya respuesta se obtiene por métodos científicos¹⁵. Implica que existan aspectos positivos y negativos por el hecho de constituir un reto por superar, que permitirá aprender y a la vez, un retraso o fracaso en un proceso y su consecuente resultado.

Por otra parte, la “ética” es definida por el Diccionario de la Real Academia Española, como el conjunto de normas morales que rigen la conducta humana, como aquella instancia desde la cual juzgamos y valoramos la forma como elige, mediante una deliberación ponderada que le capacita para decidir voluntariamente. Es decir, previo a la actuación de la voluntad, es indispensable la representación racional e intelectual de los bienes presentados como valiosos.

Entonces definiremos un problema ético como, aquél acontecimiento en el que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad, pero conflictiva a nivel moral.

En medicina, se inserta en un contexto moral el trabajo clínico en relación al diagnóstico de la enfermedad, al ofreciendo de asesoramiento y la administración de tratamiento. Los valores morales, como respeto mutuo, honestidad, honradez y compasión, son un compromiso de la relación médico-paciente. Sin embargo en ocasiones es moralmente problemática, ya que los médicos y los pacientes pueden estar en desacuerdo acerca de los valores o las opciones, en relación a la jerarquía de sus valores. Es entonces cuando surgen problemas éticos¹⁶, y es necesario trabajar constructivamente para identificarlos, analizarlos y resolverlos.

Algunos factores que pueden influenciar la toma de decisiones en cualquier profesión, pueden ser las propias disposiciones físicas y anímicas del trabajador, las órdenes recibidas por parte de las autoridades, el clima laboral, las costumbres que han delineado un

determinado modo de trabajar, la opinión de la mayoría, y las demandas del público usuario de un servicio. Por otra parte, existen reglas o códigos de conducta, así como normas jurídicas y éticas, bajo las cuales ejercemos la práctica médica y que en cierto momento pueden orientarnos, pero no darnos la solución a cada conflicto.

Ante la complejidad de los problemas éticos en la práctica clínica, se hace necesario un constante aprendizaje en analizar y resolver de manera lícita las situaciones cotidianas, que nos capaciten para la ponderación de principios y valores, que salvaguarden la dignidad del paciente y su familia, del personal de salud y que a la vez, contribuyan al bien común.

Contexto de Implicaciones Bioéticas en Rehabilitación dentro del IMSS

Una vez comentado el marco geográfico y poblacional, se desglosan los aspectos bioéticos en la práctica médica del área de Rehabilitación.

Los avances científico-tecnológicos y el acercamiento de las ciencias biomédicas y sociales, han puesto a prueba el ejercicio médico bajo la nueva mirada transdisciplinaria de la Bioética¹⁷.

Las bases del comportamiento profesional de los médicos deben constituirse no sólo por el aprendizaje cognitivo y psicosocial, sino también por una sólida formación ética¹⁸. La práctica clínica en Rehabilitación expone al equipo de salud a los más básicos y trascendentes aspectos de la condición humana: el crecimiento de recién nacidos y lactantes con factores de riesgo para daño neurológico, accidentes automovilísticos y laborales que producen lesiones temporales y permanentes, la degeneración articular que conlleva el envejecimiento, así como las alegrías y las preocupaciones sobre la recuperación o la permanencia de secuelas por dichas lesiones o enfermedades.

Estas circunstancias nos enfrentan en forma cotidiana a preguntas fundamentales acerca del dolor y el sufrimiento, base de la propia vulnerabilidad y ansiedad acerca de la enfermedad. La efectividad del quehacer médico depende considerablemente de la calidad de la relación médico-paciente como una relación interpersonal mediada por la empatía y la confianza mutua, necesaria para captar las necesidades e intereses de los pacientes en un contexto más amplio que el biológico.

Se requiere una capacidad profunda de respuesta ante las necesidades de los pacientes, así como una clara concepción de los fines y propósitos a los que sirve la Rehabilitación de manera individual y colectiva. De esta manera, se revela la urgencia por revalorizar la relación médico-paciente y tomar decisiones éticas, como lo declara Lifshitz: “Ya no podemos confiar en referentes como los dogmas, declaraciones, juramentos, códigos y normas; no se previeron los conflictos y dilemas actuales... Hoy se aspira a una ética secular, más lógica y racional, prospectiva, multidisciplinaria, sistemática, flexible, transparente y global”¹⁹.

Quizás el cambio más importante en la ética clínica es el reconocimiento pleno de la autonomía del paciente. El protagonista de la atención médica anteriormente era del personal de salud en el llamado “paternalismo”, donde el médico tomaba las decisiones buscando el bien del paciente. Con el principio de autonomía se reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones, aun cuando no sean las mejores, e incluso negarse a seguir las prescripciones médicas.

En ocasiones, los médicos estamos acostumbrados a autorregularnos, al margen de normas administrativas o institucionales, de forma que hemos definido nuestros límites como gremio y como individuos. Cada quien elige hasta dónde llega, cuándo solicitar asesoría, referir al paciente o convocar a un grupo de colegas.

Con el reconocimiento del principio de autonomía se fortalece el gran campo de la regulación social, donde el paciente juzga la calidad del médico, demanda y exige, denuncia y reclama. Hoy tenemos la responsabilidad no sólo del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sino de identificar las expectativas del paciente. Debemos identificar qué tan competente es un enfermo, tanto para propósito de que ejerza su autonomía, como para estimar su aptitud para contender con su enfermedad.

Enfrentamos a un paciente más informado, aunque no siempre bien informado. Las empresas de bienes y servicios para la salud han descubierto que dirigiéndose a los pacientes, se puede presionar a los médicos para que modifiquen su conducta a favor de sus intereses comerciales.

Estamos obligados a proporcionar información suficiente en términos comprensibles, para hacer efectivo el derecho a la autodeterminación, y a reconocer las demandas y necesidades de los pacientes²⁰. En resumen, hemos adquirido nuevas responsabilidades en el marco del respeto por las personas, como una consecuencia de la reflexión ética.

En el campo de la Rehabilitación adquieren especial relieve las expectativas y el pronóstico de cada paciente, ya que de acuerdo a su diagnóstico, las decisiones terapéuticas pueden ser variadas, siendo indispensable la participación y la responsabilidad del paciente y su familia. Hay que tener en cuenta también los conflictos derivados de la incapacidad temporal o permanente para el trabajo que producen algunas lesiones, y que colocan al paciente en un estado de vulnerabilidad que debe evaluarse cuidadosamente, pues se despliega en un abanico de actitudes, desde la cooperación con el equipo de rehabilitación, hasta la obtención de ganancias secundarias.

Por otro lado, resulta interesante el análisis realizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) sobre los reclamos o demandas por insatisfacción de la atención recibida, que no siempre están relacionados con mala práctica de la medicina. Esto se conoce como el efecto *iceberg*: en algunas ocasiones, las consecuencias son atribuidas más a la evolución propia de la enfermedad origen de la atención, que a un efecto adverso de la intervención médica; otras veces, aunque la atención técnica haya sido óptima, la comunicación es inadecuada y surgen conflictos.

Por otra parte, una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, sitúa al maltrato como una de las causas de mala calidad en la atención médica (19 %). Al relacionar lo anterior con los datos obtenidos del análisis de las quejas atendidas en etapa conciliatoria, un 27% se resolvió mediante una nueva explicación de la situación médica²¹. Esto indica que gran parte de los problemas se deben a una inadecuada comunicación entre el médico y el paciente o sus familiares.

La mayoría de los problemas están más asociados con la actitud y los valores en el desempeño del profesional, que con la competencia técnico-científica.

En el módulo estudiado de Rehabilitación de la UMF del IMSS, lo anterior se identifica durante el proceso de referencia para la atención médica o terapéutica, ya que el manejo previo ha sido parcial, y por ello con escasos resultados o las expectativas del envío resultan poco claras para las necesidades del paciente.

Aunque ya existen propuestas en el mundo tendientes a desarrollar un nuevo profesionalismo y habilidades comunicativas de los profesionales de la salud, no se ha encontrado una propuesta dirigida a desarrollar las capacidades y habilidades orientadas a la formación de actitud crítica, autocrítica y reflexiva sobre: 1) Sí mismo, en su desempeño individual respecto al contexto profesional. 2) Implicaciones y vinculación ético-normativa de las decisiones clínicas. 3) Comunicación humana empática verbal y sobre todo no verbal. 4) Necesidad de actualización permanente²².

Vivencia de la Ética en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS considera que la ética en el contexto de la práctica clínica tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención médica y, como consecuencia, la salud de la población derechohabiente.

Para afrontar estos desafíos, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS promovió la instalación de Comités Locales de Ética Clínica (CLEC) en las unidades de atención médica, como espacios de reflexión y de discusión sobre las dimensiones emocionales, culturales y sociales de nuestro propio comportamiento y el de nuestros derechohabientes, en temas de salud y enfermedad²³. Además es indispensable considerar otras estrategias, como la educación ética al personal de salud y la realización de estudios de investigación en esta área.

Los CLEC son multidisciplinarios, están insertos en las Unidades de Medicina Familiar con más de 20 consultorios, en hospitales de segundo y tercer nivel de atención. El foco de su atención es el encuentro entre el profesional de la salud y el paciente/familiares o cuidadores, y en los dilemas que surgen de ese encuentro.

Los dilemas éticos atendidos hasta ahora por los CLEC son sobre el consentimiento informado, competencia, rechazo de tratamiento, interrupción del embarazo, trasplantes y

donación de órganos, confidencialidad y privacidad, manejo del expediente clínico, relación médico-paciente, y cuidados intensivos²⁴.

La operación de los CLEC se apoya en los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, los cuales se proponen integrar a los valores fundamentales de nuestra cultura mexicana. La meta es una ética clínica creativa y participativa, que coadyuve a la mejora de la calidad de la atención médica.

Hasta el momento el tema de discapacidad secundaria a accidentes de trabajo o enfermedad general no ha sido materia para estos CLEC lo cual incentiva la presente investigación debido a la detección de algunos casos en el Módulo de Rehabilitación del primer nivel.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la atención integral del paciente en el Módulo de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Familiar estudiada, intervienen diversos factores (tiempo disponible por consulta, envíos injustificados, errores diagnósticos, vencimiento de incapacidades, deficiente comunicación médico-paciente), que pueden obstaculizar una óptima atención ético-médica. El análisis y la propuesta de solución a los conflictos identificados pretenden demostrar la compatibilidad de una conducta médica ética en el quehacer cotidiano, a pesar de factores adversos no modificables.

JUSTIFICACIÓN

En el año 2005 dentro del Sistema de Salud, el IMSS observó la necesidad de implementar Módulos de Medicina Física y Rehabilitación en el primer nivel de atención médica que atendieran diez principales patologías de predominio ortopédico, para otorgar un diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato de lesiones que incapacitan a los trabajadores y demás derechohabientes, de forma que se logre una pronta reincorporación social y laboral.

De acuerdo a la experiencia observada en este Módulo, existen implicaciones éticas que influyen en las toma de decisiones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades agudas y crónicas atendidas en esta área. Las características de cronicidad y/o discapacidad que generan algunas enfermedades, exigen fortalecer y enriquecer la relación médico-paciente para un adecuado entendimiento del pronóstico y manejo de la enfermedad a nivel individual, familiar, social y laboral. Sin olvidar el impacto económico institucional que suponen estas patologías.

Mediante el análisis ético de algunos casos, se pretende evidenciar los beneficios en la toma de decisiones con apego a la normatividad vigente, con especial aplicación de documentos nacionales e internacionales en materia de Bioética, para mejorar la calidad de la atención en el Módulo de Rehabilitación de la UMF estudiada. Con ello se pretende lograr un

impacto social y económico significativo, al acortar los tiempos de recuperación de lesiones agudas, facilitar una reincorporación laboral temprana, detectar patologías que requieren atención en 2º y 3er nivel de manera oportuna, así como paliar y prevenir la discapacidad por enfermedades degenerativas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los problemas éticos que se presentan en un Módulo de Rehabilitación de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS a partir del análisis de expedientes electrónicos, y analizarlos desde el punto de vista legal y bioético.

Objetivos Particulares

1. Identificar los problemas éticos que se han presentado en el Módulo de Rehabilitación estudiado a partir del análisis de expedientes electrónicos.
2. Analizar los casos detectados, de acuerdo a la normatividad ética y jurídica vigente para el ejercicio de la Rehabilitación Física en el primer nivel de atención médica dentro del IMSS.
3. Señalar las implicaciones ético-legales de algunos padecimientos agudos y crónicos en el área de Rehabilitación de primer nivel.
4. Evidenciar la importancia de tomar decisiones médicas, teniendo en cuenta los principios bioéticos y los documentos nacionales e internacionales de Bioética, que surgen de una escala de valores jerarquizados y una fundamentación antropológica para la práctica médica.

HIPÓTESIS

La detección de problemas éticos en Rehabilitación del primer nivel de atención médica permitirá hacer eficiente la comunicación del equipo de salud, así como identificar y corregir los factores determinantes para una sólida relación médico-paciente, que permita abordar los casos que *per se* tienen implicaciones éticas y disminuir el número de aquellos casos que pueden evitarse.

II. METODOLOGÍA

La presente investigación es observacional, descriptiva, retrospectiva y analítica, se llevará a cabo en el Módulo de Medicina Física y Rehabilitación de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Módulo de Rehabilitación en la UMF estudiada atiende mensualmente en promedio a 360 pacientes de manera mensual en consulta externa de Rehabilitación en el turno matutino.

Los pacientes atendidos presentan concordancia en el diagnóstico con las diez patologías citadas en el marco teórico precedente, y ocasionalmente se atienden pacientes amputados por traumatismos y complicaciones metabólicas, enfermedades neurodegenerativas, reumatológicas y neuromusculares, que son derivados al segundo y tercer nivel de atención en Rehabilitación.

La muestra se obtuvo a través de la revisión de expedientes clínicos en formato electrónico, de pacientes que acudieron a consulta externa de Rehabilitación en el periodo de febrero del 2013 a agosto del 2014. Por la naturaleza retrospectiva del estudio y la dificultad para la localización de pacientes, no se pretende la realización de entrevistas.

Los criterios de inclusión fueron las notas médicas de pacientes valorados en Rehabilitación, en los cuales se detectaron valores y/o principios éticos en conflicto, que dificultaron la toma de decisiones de manera ordinaria durante su atención médica en la UMF estudiada.

Los criterios de exclusión fueron expedientes incompletos, las notas médicas de pacientes que se manejan ordinariamente con terapia física institucional, o con programa de casa, o que son derivados a otro nivel de atención médica y cuya atención no presentó conflictos éticos.

La presente investigación se desarrollará como un trabajo de campo con enfoque cualitativo, empleando como método el estudio de casos y la técnica de análisis de documentos. Se aplica un razonamiento inductivo a los conflictos éticos identificados, que serán agrupados en problemáticas, siguiendo la metodología de la Bioética principialista y personalista.

Este trabajo no presenta riesgos físicos ni emocionales para los pacientes, ya que el estudio consistirá en el análisis de casos con información obtenida únicamente del expediente electrónico de la consulta externa, por lo cual no se requerirá el consentimiento informado.

El desarrollo de la argumentación ético-médica se realizará con base en las siguientes fuentes documentales: Ley del IMSS, Ley de Prestaciones del IMSS y su correspondiente Reglamento, Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica relacionadas con la Rehabilitación Física, y documentos nacionales e internacionales de Bioética con aplicación a este campo de la práctica clínica.

Metodología empleada para realizar el estudio Bioético

Para el ejercicio de la Bioética resulta indispensable determinar la metodología, mediante la cual se valorarán los principios en conflicto para resolver un problema ético y determinar

cuál es el deber-ser del acto médico, con base en la finalidad que se persigue y los medios disponibles para conseguirlo.

En nuestro caso, el ejercicio de la Rehabilitación Física, como el resto de las especialidades, exige una sólida relación médico-paciente debido al estado de vulnerabilidad que provoca la discapacidad temporal o permanente de algunas patologías neuromusculares, que afectan al individuo, a su familia y a la sociedad.

Para seleccionar los casos que presentaban problemas éticos, se identificaron los principios en conflicto con base en los principios enunciados por Beauchamp y Childress en 1979²⁵. También se utilizaron los principios bioéticos del personalismo.

Los filósofos Beauchamp y Childress desarrollaron los primeros principios que surgieron en la historia de la Bioética, que corresponden a los del Informe Belmont²⁶. Ante los abusos en la investigación con seres humanos, el Congreso de los Estados Unidos crea en 1974 una comisión denominada “*National Commission for Protection of Human of Biomedical and Behavioral Research*”, con el mandato de realizar “una completa investigación y estudio, a fin de identificar los principios de bioética que deberían dirigir la investigación con seres humanos en ciencias del comportamiento y en la biomedicina”. Los comisionados se reunieron en el Centro de Conferencias de la ciudad de Belmont (California), y al cabo de 4 años publican el Informe Belmont (1978), con tres principios: Beneficencia (que incluía el de no maleficencia), Justicia, y Respeto a las personas (que es un nuevo principio, que Beauchamp y Childress posteriormente denominarían como autonomía).

Los comisionados se basaron fundamentalmente en un libro de William D. Ross de 1930, titulado “*The right and the good*” (Sobre lo bueno, lo mejor), que describe tres principios éticos: beneficencia, no maleficencia y justicia²⁷. Ross dice que en un primer momento (*prima facie*) todos los principios son obligatorios y deben tender a cumplirse, pero en un segundo momento (*duty o actual*) que depende de las circunstancias particulares del caso, pueden crearse conflictos entre los principios. Por intuición, ante un conflicto entre los principios, Ross da prioridad a los deberes de obligación perfecta, que son más vinculantes y corresponden a los principios de no maleficencia y justicia, mientras que el deber de obligación imperfecta sería el principio de beneficencia. Ross postula que todos los principios son igualmente importantes en un primer momento (*prima facie*), pero si en el caso concreto que se está estudiando (*actual duties*) hay un conflicto entre los principios, entonces se establece una jerarquía entre principios. A diferencia del Informe Belmont que no incluye una jerarquía de principios en casos de conflicto entre ellos.

Beauchamp y Childress amplían los principios del informe Belmont a cuatro (*no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia*) y crean la teoría del principialismo, que representa más un análisis consecuencialista que deontologista, al presentarse como principios *prima facie*, es decir, el ideal moral al que se debe tender en la actuación, que en la práctica está condicionado por los *actual duties* o deberes que se plantean en los problemas reales. Tampoco establecen una jerarquía entre los principios en caso de conflicto, sino que adoptan el término de *prima facie* de Ross, pero con un sentido diferente, ya que consideran los cuatro principios como normas generales, abstractas y vinculantes en un primer momento, excepto en casos que haya un conflicto entre los

principios o una obligación moral de mayor peso. Por lo tanto, en caso de conflicto entre los principios no hay una jerarquía y son de obligación imperfecta. Más tarde dirán que en caso de conflicto entre los principios, se escoge como prioritario “el que más convenga”, con lo que el principialismo se convierte en relativismo.

En este trabajo, se utilizarán los cuatro principios que son obligatorios y de igual importancia en un primer momento (*prima facie*), pero si en un caso hay conflicto entre ellos, se jerarquizan considerando de mayor obligación (obligación perfecta) los de no maleficencia y justicia, mientras que son de obligación imperfecta los de beneficencia y autonomía.

El *principio de No Maleficencia* establece que no es legítimo hacer el mal, ya que dañar voluntariamente jamás puede ser un bien. El *principio de Justicia* busca el reparto equitativo de los bienes, los beneficios, las oportunidades, etc. También establece que las cargas y las desventajas que se puedan producir en las políticas sanitarias sean proporcionales a toda la población, evitando afectar sólo a un sector. El *principio de Autonomía* indica la posibilidad de disponer del ámbito íntimo de decisión, para que nadie, distinta a la propia persona, decida lo que es bueno o no, y los medios para alcanzarlo. El *principio de Beneficencia* busca el realizar una acción buena o beneficiosa para una persona, siempre y cuando lo pida voluntariamente o lo acepte.

Por otra parte, se complementará lo anterior con los principios que propone el personalismo ontológico que coloca como fundamento el concepto de 'persona', porque sobre él se juega el debate moral y jurídico actual: es unánime la atribución al significado del término de un valor axiológico y jurídico. La 'persona' es un 'sujeto moral' y 'sujeto de derechos/de deberes', un individuo que es respetado (moralmente) y tutelado (jurídicamente): la persona se convierte en el filtro para la determinación de la licitud o de la ilicitud de la intervención sobre la vida²⁸. Es decir, es lícito todo lo que no daña a la persona; es ilícito todo lo que suprime o daña a la persona.

Sobre la base de este concepto ontológico de persona se justifican los siguientes principios: 1. El valor fundamental de la vida física. 2. El principio de totalidad o principio terapéutico. 3. El principio de libertad y responsabilidad. 4. El principio de socialidad y de subsidiariedad²⁹.

El principio del valor fundamental de la vida física prescribe la *indisponibilidad de la vida*, en estrecha unidad a la concepción ontológica de la corporeidad. El cuerpo no puede reducirse mecánicamente a un mero instrumento u objeto, además de que la dimensión física y psíquica no agota el contenido de todo el hombre. El cuerpo es fin y sujeto, en cuanto lugar donde se manifiesta la persona, entendida como unitotalidad trascendente: es la mente la que estructura el cerebro, es el espíritu lo que vivifica e informa el cuerpo.

El *principio terapéutico o de totalidad* prescribe la obligatoriedad de que el acto médico considere al paciente en su totalidad. Si el cuerpo es un todo unitario en el ser de la persona, toda intervención sobre una 'parte' no puede prescindir de la consideración del 'todo'. Este principio justifica la intervención sobre una enfermedad actual (o sobre su causa), que no

puede curarse de otro modo, con una fundada esperanza de un efecto positivo y con el consentimiento del interesado o del que tenga derecho.

El *principio de la libertad-responsabilidad* deriva del valor fundamental de la vida. La libertad no coincide con la autonomía y la autodeterminación: ser libre no significa ejercitar de modo absoluto el libre arbitrio. Todo acto de libertad es realizable concretamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como "res-pondere" o responder del propio obrar ante sí y ante los demás: la libertad es factualmente posible si respeta la libertad de los demás: pero respetar la libertad de los demás significa respetar la vida de los demás. Ser libre no significa poder decidir lo que uno desea 'a toda costa' con el uso indiscriminado de toda la técnica: ser libre significa conocer y poder elegir responsablemente hacia sí mismo y hacia los demás.

Finalmente, el *principio de socialidad* consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la promoción de la vida y de la salud de la persona singular: al margen de toda forma de individualismo o colectivismo, la socialidad está finalizada por la consecución del 'bien común' a través de la consideración de los 'bienes individuales'. Este principio está integrado al de *subsidiariedad* que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. Socialidad y subsidiariedad derivan del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto personas: la persona es la fuente y el fin de la sociedad, en cuanto se realiza participando en la realización del bien de los semejantes. Estos principios se refieren al problema de la política económica sanitaria en el tema de la distribución de los recursos.

Los problemas éticos surgen cuando estos principios entran en conflicto. Deliberar y ponderar cada uno de los contenidos anteriores es la propuesta metodológica que se plantea, en función de los datos que se presenten en cada caso.

De acuerdo a esta metodología, se identificó que la población con mayor frecuencia de problemas éticos son los trabajadores con incapacidad temporal para el trabajo ya que su situación médica suele ser percibida como discapacitante por mayor tiempo del requerido para su recuperación y por ello resulta indispensable una adecuada relación médico-paciente orientada bajo principios éticos y normativos que permitan la toma de decisiones terapéuticas y de seguimiento en cada caso.

III. RESULTADOS

La revisión de expedientes clínicos permitió identificar 37 casos representativos de los problemas éticos más comunes en el Módulo de Rehabilitación de la UMF estudiada. Se eliminaron 4 casos por ser expedientes incompletos y se enumeran a continuación las principales características de los casos restantes:

CASO NO.	PACIENTE	EDAD	OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO	INCAPACIDAD	TIPO DE TERAPIA
1	JCDH	39	repartidor	Posoperado fractura de tobillo izquierdo	EG	institucional
2	FGR	31	instalador	Luxación de hombro no dominante	RT	institucional

3	MCMB	58	Costurera	Parálisis facial periférica grado III	EG	institucional
4	MAPM	31	ayudante general	Fractura falange distal pulgar izq.	RT	en casa
5	MIFM	26	mostradora	Esguince de tobillo grado I	EG	institucional
6	LAMR	34	ayudante general	Trauma complejo de mano derecha	RT	institucional
7	FJGS	46		Amputación 4to orstejo pie izquierdo	EG	institucional
8	SMO	46	Velador	Posoperado fractura de fémur	RT	institucional
9	ODF	52	ayudante general	Enfermedad de Quervain bilateral	ET	institucional
10	RACM	31	Monitor	Artrodesis tibioastragalina	EG	institucional
11	LLT	58	Obrero	Artritis Reumatoide, coxartrosis severa	EG	institucional
12	JMGRM	21	mostrador	Posoperado rodilla bilateral	EG	institucional
13	AGBM	32	agente de ventas	Lumbalgia, hipertensión, epilepsia	RT	institucional
14	GTR	45	Chofer	Meniscopatía y ruptura ligamento	RT	institucional
15	PRVI	32	Operador	Parálisis facial	EG	en casa
16	JMRV	38	Obrero	Posoperado fractura de fémur	EG	institucional
17	FJRH	29	mezclador	Luxación de hombro no reducida	EG	institucional
18	JDRF	38	supervisor	Lumbociática derecha	RT	institucional
19	MRGG	53	Hogar	Gonartrosis grado III-IV	no aplica	institucional
20	CER	71	Velador	Secuela de parálisis facial grado I	no aplica	institucional
21	JMRC	48	Abogado	Fractura meseta tibial derecha	RT	institucional
22	JIOV	61	Hogar	Gonartrosis grado III	no aplica	en casa
23	JMMC	49	pensionado	Amputación supracondílea	no aplica	en casa
24	DGAR	30	operador	Cervicobraquialgia izquierda	EG	institucional
25	RJM	33	ayudante de operador	Posoperado hernia de disco	EG	institucional
26	LAGM	18	estudiante	Secuelas de fractura de tobillo izquierdo	no aplica	en casa
27	AGP	54	Hogar	Secuelas de esguince de muñeca	no aplica	en casa
28	BPL	35	Obrera	Amputación traumática antebrazo izquierdo	RT	institucional
29	JMHC	19	ayudante general	Gonartrosis grado I-II	no amerita	en casa
30	RRJ	35	secretaria	Esguince cervical grado I	RT	institucional
31	GHP	58	comerciante	espolón calcáneo	no aplica	en casa
32	RMBR	39	Hogar	Adherencias cicatrizales	no aplica	no amerita
33	MRA	1.5	Ninguna	Pie plano	no aplica	no amerita

Tabla 1. Casos de pacientes donde se identificaron problemas éticos durante su atención del Módulo de Medicina Física y Rehabilitación (nombre del paciente por iniciales, RT= incapacidad por riesgo de trabajo, EG= incapacidad por enfermedad general, ET= enfermedad de trabajo).

Descripción de los casos identificados y agrupación de problemas éticos

En los 33 expedientes electrónicos que cumplieron los criterios de inclusión, se observaron características en común en cuanto a valores o principios en conflicto, por lo cual se estudió la conveniencia de agruparlos en 7 problemáticas éticas.

Se describe a continuación de manera breve, cada caso en el cual se identificó algún problema ético durante la atención médica en el Módulo de Rehabilitación. Para proteger la

confidencialidad de los pacientes, se citan únicamente las iniciales de su nombre y apellido, para mayores referencias se registró el número de seguridad social (NSS), con el cual se puede acceder al expediente completo a través del SIMF (Sistema de Información de Medicina Familiar) de la UMF estudiada³⁰.

Problema ético 1: El paciente con incapacidad temporal para el trabajo, ¿tiene derecho a rechazar la terapia física institucional?

1. *JCDH, NSS 6291746252*. Masculino de 39 años de edad, con diagnóstico de fractura de tobillo izquierdo (abril 2014). Ocupación: repartidor. La nota de alta de Ortopedia (01 de julio 2014) refiere operación de fractura luxación, se indica apoyo total y pronóstico reservado para la función. Valorado en Rehabilitación el 09 de julio 2014, se le propone terapia institucional para mejorar la marcha y retirar el uso de muletas. Sin embargo comenta que “no puede venir, porque no tiene ningún familiar que lo acompañe”. Se le explica el objetivo de la terapia y la necesidad de ser independiente para los traslados, de manera que acepta y acude acompañado sólo las primeras 3 sesiones. Logra la marcha independiente, siendo apto para laborar el 22 de julio 2014, tras aproximadamente 100 días de incapacidad
2. *FGR, NSS 0105831074*. Masculino de 31 años de edad, con diagnóstico de luxación de hombro izquierdo el 18 de junio 2014, secundario a contusión directa en transporte público en el trayecto a su trabajo (instalador de cocinas integrales). Valorado en Rehabilitación el 01 de julio 2014, se le propone terapia institucional y comenta “que no puede acudir diariamente por falta de recursos económicos”. Se explica la importancia del tratamiento y el objetivo de la prestación económica de su incapacidad, para contribuir a su recuperación. Acude a 10 sesiones de terapia y se integra a su trabajo el 18 de julio 2014 a los 31 días de su incapacidad.
3. *MCMB, NSS 0169541084*. Femenino de 58 años de edad enviada a Rehabilitación por parálisis facial derecha, primer evento, costurera. Recibió 10 sesiones de terapia física con mejoría parcial, por lo que se prescribe segundo ciclo de terapia, que no acepta pues prefiere incorporarse a laborar. La paciente presenta cierre palpebral parcial, tiene un buen pronóstico por la evolución de la parálisis y no tiene factores de riesgo para recidivas, por lo que se explican medidas de protección ocular y continuar su terapia en casa. Egresas con 15 días de incapacidad por enfermedad general.

Problema ético 2: La integración laboral de pacientes con secuelas temporales o discapacidad permanente, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud? ¿Es ético darlos de alta?

4. *MAPM, NSS 9601822275*. Masculino de 31 años de edad, enviado a Rehabilitación por diagnóstico de fractura de falange distal de primer dedo de la mano izquierda el 29/04/13, que ameritó manejo quirúrgico ambulatorio con plastia ungueal y de punta digital. Durante su terapia física institucional en Rehabilitación de primer nivel es valorado por Ortopedia el 02/07/13 y enviado a Rehabilitación de segundo nivel el 03/07/13, de donde es reenviado a este servicio. El paciente es apto laboralmente, puede

realizar terapia física en casa. Cumplió 55 días de incapacidad por esperar estas valoraciones.

5. *MIFM, NSS 4306887875*. Femenino de 26 años de edad, valorada en Rehabilitación por esguince de tobillo izquierdo del 20 de junio del 2014. Inició manejo en Medicina Familiar, sin embargo para el 11 de julio 2014 aún no apoya el pie izquierdo durante la marcha, por lo cual es enviada a este módulo. Se prescriben 10 sesiones de terapia física institucional, al término de las cuales es apta laboralmente por su puesto laboral compatible con arcos de movilidad y fuerza muscular funcionales. Sin embargo la paciente solicita mayor incapacidad por el dolor y edema residuales. Se le explica ampliamente la evolución natural de su grado de esguince y su aptitud para incorporarse a laborar tras 34 días de incapacidad.
6. *LAMR, NSS 9096800394*. Masculino de 34 años de edad, enviado para emitir un pronóstico funcional laboral para dictamen de incapacidad parcial permanente, por diagnóstico de trauma complejo de mano derecha ocurrido el 18 de marzo de 2014. El tratamiento consistió en un colgajo cutáneo y miorrafia por lesión de flexores de 1er y 2do dedo, sección total de oponente y aductor de pulgar, así como reparación de paquetes ulnar y radial; fue dado de alta el 12 de mayo 2014. La valoración de Rehabilitación se realiza el 08 de mayo, determinando la posibilidad de mejoría con terapia física institucional. Se otorgan dos ciclos, que finalizan 20 días después con recuperación funcional de la mano, siendo apto para actividades de autocuidado e instrumentales. Se sugiere valoración de secuelas y reincorporación laboral tras 77 días de incapacidad por riesgo de trabajo.
7. *FJGS, NSS 8986673738*. Masculino de 46 años de edad, con diagnóstico de necrobiosis diabética manejada con amputación de 4to orjeo de pie izquierdo en abril 2013. Se difirió apoyo del pie por 8 meses, siendo dependiente de bastón desde entonces. Es derivado a Rehabilitación el 29 de enero 2014 para pronóstico funcional, por dictamen de invalidez debido al término de ley de su incapacidad. Se realiza injerto cutáneo el 3 de marzo 2014. Es reenviado a rehabilitación el 08 de mayo para terapia institucional, donde recibió tres ciclos de terapia hasta septiembre del 2014. Actualmente dictaminado por invalidez y en seguimiento por Cirugía General y Rehabilitación.
8. *SMO, NSS3594156810*. Masculino de 46 años de edad de ocupación velador, enviado a Rehabilitación por fractura de fémur, manejada con clavo centromedular y fractura diafisaria de tibia con manejo conservador. Dado de alta de Ortopedia. Recibe dos ciclos de terapia física institucional con mejoría de arcos y fuerza muscular, sin embargo con aprehensión al retiro de bastón. Revalorado por Ortopedia, quien sugiere un 3er ciclo de terapia física, manejo con antiinflamatorios y alta a laborar. El paciente comenta que el ortopedista le explicó verbalmente que “le faltaba mucho tiempo para poder caminar y volver a trabajar”. Se otorga 3er ciclo de terapia institucional y continua usando bastón sin ser necesario. Es apto laboralmente y se sugiere alta a su médico familiar. El paciente presenta una queja por escrito, por lo cual se otorga revaloración de Rehabilitación por médico distinto, para tener una segunda opinión del caso.

Problema ético 3: La integración laboral de pacientes con mal pronóstico funcional, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud?

9. *ODF, NSS 4502600027*. Femenino de 52 años de edad, con el diagnóstico de enfermedad de Quervain bilateral. No responde a tratamiento conservador, por lo que amerita manejo quirúrgico en mano izquierda el 28 de enero 2013 y en mano derecha el 11 de agosto 2014. Posteriormente presenta una recaída, que amerita artrodesis trapeciometacarpiana, liberación e injerto en compartimento dorsal izquierdo el 18 de junio 2014. Calificada como enfermedad de trabajo desde el 5 de abril de 2013. Conocida en Rehabilitación para terapia institucional posoperatoria con seguimiento desde hace 14 meses, se ha otorgado de manera intermitente incapacidad por dos recaídas. Ocupación inicial como armadora de cajas, reubicada como ayudante general, coloca 6 botellas cada 15 segundos en maquina en serie, usa muñequeras de manera continua durante su jornada laboral. Se identifican y explican medidas preventivas sobre factores de riesgo para recaídas, continua en terapia institucional fuera de horario laboral, y cita subsecuentes cada 3 meses para vigilancia.
10. *RACM, NSS 9201823032*. Masculino de 31 años de edad, enviado por Ortopedia el 16 de enero del 2014 con 145 días de incapacidad. Valorado en el servicio de Rehabilitación el 29 de enero del 2014, con diagnóstico de artrodesis tibioastragalina derecha realizada el 6 de septiembre del 2013, por secuelas de fractura de astrágalo desde septiembre del 2007. Trabaja como operador de video en televisora, por lo cual permanece sentado la mayor parte de su jornada y no realiza cargas. Manejo con terapia institucional (dos ciclos), tras lo cual se incorpora a laborar, permaneciendo en seguimiento por Rehabilitación cada 3 meses para progresión de terapia en casa, manejo de dolor crónico y prescripción de plantillas. Dado de alta en septiembre del 2014.
11. *LLT.0176555036*. Masculino de 58 años de edad, enviado el 3 de julio del 2013 por diagnóstico de artritis reumatoide, con coxartrosis severa con incapacidad prolongada y dependiente de bastón. Muestra su última valoración por Reumatología en julio 2011, considerado como apto para autocuidado, con algunas limitaciones para actividad profesional (clase funcional II del Colegio Americano de Reumatología). Ortopedia propone cirugía de reemplazo articular el 05 de junio 2013, la cual rechaza el paciente, por lo que es enviado a Rehabilitación de primer nivel y posteriormente referido a tercer nivel para manejo paliativo del dolor. El paciente acude acompañado de un amigo, quien solicita el trámite de invalidez.

Problema ético 4: ¿Qué principios bioéticos entran en conflicto por omisiones en el diagnóstico y tratamiento de lesiones agudas?

12. *JMGRM, NSS 9209891070*. Masculino de 21 años de edad, enviado con diagnóstico de osteotomía tipo Maquet y limpieza articular de rodillas en medio particular el 09 de marzo 2013, y retiro de fijadores externos el 07 de septiembre 2013. Se solicita terapia física para incorporación laboral a los 112 días de incapacidad. A la exploración física no logra bipedestación independiente, por deformidad articular de rodillas. Sus radiografías muestran fractura transversa tibial bilateral, con desviación de 32/34

grados, por lo cual se envía a Ortopedia por cirugía fallida. Valorado el 25 de noviembre 2013 para reintervención quirúrgica. El paciente se muestra sorprendido, ya que su médico particular dice que “todo salió bien” y solo requiere terapia.

13. *AGBM, NSS 4501800534*. Masculino de 32 años de edad, con diagnóstico de lumbalgia postraumática secundario a choque automovilístico el 09 enero 2013. Valorado en urgencias HGZ57, con indicación de collarín blando por una semana, y enviado a Rehabilitación el 06 de febrero 2013, por escasa mejoría y vencimiento de incapacidad estipulada por la guía de práctica clínica para este padecimiento. Ingres a terapia institucional, sin embargo presenta picos hipertensivos que la contraindican, por lo cual se da de alta hasta normalización de tensión arterial por medicina familiar. Reingresa el 13 de marzo: muestra nota de otorrinolaringología del 06 marzo 2013, con diagnóstico de hipoacusia postraumática de origen vascular, y refiere crisis convulsivas tónico clónicas, con pérdida del estado de alerta. Por ello no es candidato a terapia institucional. Valorado por Ortopedia el 08 de mayo 2013, con diagnóstico de radiculopatía L5 bilateral, se solicita electromiografía con cita julio 2013. Valorado por Neurología, quien indica tomografía y electroencefalograma por diagnóstico de epilepsia el 28 de mayo 2013. Mientras tanto, realiza terapia con programa adaptado en casa e hidroterapia en Unidad Cuauhtémoc, con lo cual presenta mejoría parcial. Se refiere sin crisis convulsivas y bitácora de tensión arterial estable, por lo cual se indica alta a laborar el 04 de junio 2013, y continuar con protocolos de estudio de Ortopedia y Neurología.
14. *GTR, NSS 4987686723*. Masculino de 45 años de edad, con diagnóstico de esguince de rodilla izquierda el 15 de mayo 2014, ocupación como operador de tráiler. Enviado para rehabilitación institucional, sin embargo se detectan maniobras de meniscos e inestabilidad de rodilla, por lo cual se envía a Ortopedia. Dado de alta el 13 de octubre 2014, con buena evolución del posoperatorio de reparación de ligamento cruzado anterior y remodelación meniscal el 15 de agosto 2014. Incapacitado por riesgo de trabajo, reingresa a rehabilitación con terapia institucional, para incorporación laboral tras 160 días de incapacidad. Cita de seguimiento en 3 meses.
15. *PRVI, NSS 9299814129*. Masculino de 32 años de edad, enviado por diagnóstico de parálisis facial el 16 de marzo del 2013, manejo previo con diclofenaco, complejo B e hipromelosa con poca respuesta. No recibe terapia física de enseñanza para realizar en casa. Valorado en Rehabilitación el 21 de mayo 2013 con 63 días de incapacidad. Al explorarlo el cierre ocular es parcial, y se observa reflejo palpebral disminuido, pero presente. Se explica pronóstico según grado de parálisis, con indicación de terapia en casa y apto para laborar. Valorado al día siguiente por su médico familiar, quien prescribe 6 días más de incapacidad.
16. *JMRV, NSS 9295750482*. Masculino de 38 años enviado por fractura de fémur derecho del 25 de mayo 2013, manejado quirúrgicamente con tutor intraóseo. Ocupación: obrero. Dado de alta por Ortopedia el 13 de septiembre 2013, con máximo beneficio e incapacidad por 28 días más e incorporación laboral el 11 de octubre 2013. Valorado en Rehabilitación el 22 de octubre 2013, por continuar con marcha asistida por andadera. Se detecta patrón hemiparético izquierdo previo a la fractura, como secuela de parálisis

cerebral y una probable lesión de ligamento cruzado y menisco de rodilla derecha. Valorado por Ortopedia el 28 de noviembre 2013, con indicación de alta a laborar. Nota del 31 de diciembre 2013, dado de alta por médico familiar.

17. *FJRH, NSS 0104841885*. Masculino de 29 años de edad, de ocupación mezclador de pintura, valorado en Rehabilitación por diagnóstico de ruptura parcial de bíceps izquierdo del 19 de abril de 2014. En la exploración física se encuentra dolor severo y bloqueo de los arcos de movilidad, y las maniobras para lesión tendinosa no son valorables por la luxación existente. Se explica la escasa mejoría que tendrá con terapia física, siendo indispensable la revaloración por Ortopedia. En el servicio de Urgencias es atendido y egresado con el mismo diagnóstico, por lo cual espera cita ordinaria por consulta externa. Se realiza una reducción abierta con clavillos acromiohumerales el 3 de julio de 2014, dado de alta el 4 de agosto para reingreso a Rehabilitación. Realiza 10 sesiones de manera institucional, con mejoría funcional para su integración laboral en septiembre 2014, tras 123 días de incapacidad por enfermedad general, con la indicación de continuar terapia en casa durante 6 semanas más.
18. *JDRF, NSS 9297761322*. Masculino de 38 años de edad, enviado por probable hernia de disco lumbar, supervisor, con antecedente de lumbalgia desde hace 2 años. Presenta agudización el 29 de mayo 2014, al realizar hiperextensión para evitar caída de su propia altura. A los 4 días inicia con hipoestesia progresiva, hasta anestesia de muslo y testículo derecho. Calificado como accidente de trabajo por esguince lumbar. Valorado en Rehabilitación el 24 de junio 2014, con marcha neurogénica de 5-8 minutos, claudicante en anteproyección de tronco. No permite rectificación de columna en bipedestación por dolor, hiporeflexia patelar, miotomas no valorables por dolor. Ingresa a terapia institucional con mejoría parcial. Valorado por Ortopedia el 04 de julio 2014 con diagnóstico de lumbalgia postraumática, manejo analgésico y alta. Electromiografía normal el 18 de julio 2014. Se otorga un ciclo más de terapia institucional, con mejoría de la marcha y fuerza muscular, no se integra radiculopatía. Persiste con disfunción sexual, por lo cual se sugiere seguimiento urológico y alta a laborar el 04 de agosto 2014.

Problema ético 5: Bajo el principio de responsabilidad, ¿es válida la suspensión de atención médica por falta de apego a la terapia física institucional?

19. *MRGG, NSS1079606056*. Femenino de 53 años de edad, con diagnóstico de gonalgia derecha, asocia el dolor a contusión de hace 5 años y desde entonces usa rodillera. Valorada en Rehabilitación el 24 de febrero 2014 con marcha claudicante, rodilla estable con arcos funcionales, obesidad grado II y artrosis severa. Inicia terapia física institucional y en casa. Al ser revalorada en abril 2014, presenta flebitis con aumento de gonalgia y limitación funcional, por lo que se ofrece nuevamente terapia institucional. Se da de baja de terapia por 2 faltas injustificadas consecutivas. En cita subsecuente de septiembre 2014, es enviada a ortopedia por escasa mejoría.
20. *CER, NSS 0662431352*. Masculino de 71 años de edad, valorado en julio 2014 por parálisis facial, de ocupación velador, sin factores de riesgo. Refiere iniciar en mayo 2014, sin embargo las notas médicas comentan el diagnóstico desde septiembre 2013,

acudió a 3 sesiones de acupuntura sin mejoría, recibió folleto de terapia en casa. Sin embargo “no los entendió”, niega epifora, síntomas óticos ni orales, únicamente hipoestesia en comisura labial izquierda. A la exploración física, con cierre palpebral completo y dificultad para coordinar movimientos de manera bilateral. Se propone terapia institucional en ciclo corto, sin embargo no se presenta a ninguna sesión, por lo cual es dado de baja para continuar seguimiento por médico familiar.

21. *JMRC, NSS1198660171*. Masculino de 48 años de edad, con diagnóstico de fractura de meseta tibial derecha grado V del 02 de abril 2014, con manejo quirúrgico. Es abogado. Dado de alta de ortopedia el 30 de julio 2014, con 147 días de incapacidad por enfermedad general. Se indica terapia institucional el 21 de agosto 2014 en consulta inicial de Rehabilitación. Sin embargo es dado de baja por 2 faltas consecutivas de acuerdo al consentimiento bajo información firmado por el paciente. Al ser informado de la baja, por indicación de la jefatura de departamento clínico se otorgan las terapias restantes y egresa de rehabilitación para seguimiento por medicina familiar. Se recalifica como riesgo de trabajo (sí de trayecto), por lo cual se otorga alta en formato ST-2 el 08/09/14. El 22 de octubre es enviado a ortopedia por médico familiar, debido a persistencia del dolor y uso de muletas para la marcha. No contamos con nota de revaloración del 13/11/14. Reingresa a rehabilitación el 24 de octubre por indicación de la jefatura de departamento clínico, se otorgan 9 sesiones de terapia institucional, a pesar de las cuales refiere escasa mejoría y continua uso de muleta izquierda. Por lo cual se ofrece un tercer ciclo de terapia fuera de horario laboral, y cita subsecuente en 8 semanas para progresión a ejercicios de fortalecimiento.

Problema ético 6: ¿Qué principios entran en conflicto por una deficiente información al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de patologías, que producirán dolor crónico?

22. *JIOV, NSS0168528558*. Femenino de 61 años de edad, enviada a Rehabilitación por “distensión muscular” por su médico familiar. Valorada el 27 de mayo 2013, refiriendo gonalgia de 7 meses de evolución manejada con antiinflamatorios sin mejoría, se autoreceta rodillera y bastón hace 6 semanas, y un ortopedista particular realiza tres infiltraciones mensuales. Valorada por ortopedia institucional en 3er nivel el 20 de mayo 2013, candidata a reemplazo articular por artrosis grado III. A la exploración sin datos agudos de derrame articular ni otros signos de alarma. Se enseña terapia para programa en casa, con cita subsecuente posterior a manejo quirúrgico.
23. *JMMC, NSS8981645426*. Masculino de 49 años de edad, enviado por médico familiar para “terapia física de fortalecimiento muscular”. Valorado el 30 de mayo 2013, con antecedentes de diabético, hipertenso, con amputación supracondílea izquierda desde octubre 2011, y ocasional dolor fantasma en segundo y tercer metatarsiano no limitante. Es independiente en autocuidado, requiere mínima ayuda en traslados y uso de transporte público. Se otorga enseñanza para terapia en casa, y se explica importancia del control metabólico para su pronóstico. Se envía a Rehabilitación en 2º nivel de atención para Módulo de Reincorporación Laboral, y a 3er nivel para valoración de entrenamiento pre y pos protésico.

24. *DGAR, NSS 4501841990*. Masculino de 30 años de edad, enviado con diagnóstico de cervicobraquialgia izquierda de ocupación operador. Valorado en junio 2014 en Rehabilitación, refiere iniciar en diciembre 2013, con evento descrito como hemiparesia izquierda por crisis hipertensiva, no cuenta con notas médicas que lo aclaren. Se exacerba el dolor en hombro izquierdo el 17 de abril 2014, al vaciar contenedor con flexión forzada. Atendido en urgencias, con diagnóstico de lesión tendinosa de hombro vs síndrome de salida torácica. Recibe 2 ciclos de terapia institucional, con mejoría parcial. Se solicita electromiografía que reporta normalidad. Se integra a laborar tras 30 días de incapacidad por enfermedad general, no de trabajo. Revalorado en septiembre 2014, con persistencia de sintomatología y maniobras positivas para salida torácica, se sugiere protocolo de Salud en el Trabajo por probable Enfermedad de Trabajo.
25. *RJM, NSS 1197802293*. Masculino de 33 años de edad, valorado en Rehabilitación en febrero 2013 por lumbalgia por esfuerzo. Ocupación: ayudante de operador. Inicia padecimiento hace 4 meses al cargar 120 kg. Manejo con quiropráctico sin atención médica, exacerbación hace un mes, con irradiación del dolor a miembro pélvico izquierdo, manejado en urgencias con antiinflamatorios. Se encuentran datos de alarma, como pérdida de peso e intolerancia al decúbito. Asocia la pérdida ponderal a dieta y ejercicio, aún se encuentra en rango de obesidad para su talla. Ingresa a 2 ciclos de terapia institucional, se compensa acortamiento de 2cm y se prescriben analgésicos con mejoría percibida en 70 por ciento. Se sugiere alta de incapacidad por enfermedad general y se envía a hidroterapia (no realizó el trámite para recibirla). Reingresa en marzo 2014, refiriendo discectomía L4-L5 y liberación de raíz L4 en enero 2014. Se otorga terapia institucional, no presenta limitación funcional de columna ni para la marcha, por lo cual se indica incorporación laboral el 19 de marzo 2014, tras 166 días de incapacidad por enfermedad general. Se agenda cita al servicio de nutrición, se corrige higiene de columna y se indica seguimiento en 3 meses.
26. *LAGM, NSS 1630908859* Masculino de 18 años de edad, enviado por secuelas de fractura de tobillo de 6 meses de evolución. Valorado en Rehabilitación el 13 de mayo 2013, refiriendo dolor en escala verbal análoga 5/10, que amerita ketorolaco ocasionalmente y con debilidad residual. A la exploración física, con aumento de volumen de 2.3 cm, marcha deficiente en fase postural, arcos activos funcionales y fuerza disminuida. Se ingresa a terapia institucional fuera de horario laboral, con la cual presenta mejoría parcial. Revalorado el 17 de julio 2013, con indicación de programa de casa y alta para seguimiento por médico familiar.
27. *AGP, NSS0178576970*. Femenino de 54 años de edad, enviada por tendinitis de mano izquierda por esguince de muñeca hace un año. Recibió enseñanza de terapia, sin embargo no lo realizó. Atendida el 19 de junio 2014 refiriendo dolor mínimo, uso de mano para todas las actividades cotidianas, con sensación de debilidad residual. Al explorarla se encuentra trofismo simétrico, arcos de movilidad completos, funciones de mano íntegras con buena fuerza muscular, sin alteraciones sensitivas. Se explica la cronicidad del dolor, y la importancia de apegarse a las indicaciones de calor local y terapia física durante 6 semanas. Egresada de rehabilitación para seguimiento por médico familiar

Problema ético 7: ¿Cómo aplicar el principio de justicia, en la distribución y planeación de recursos ante la oferta y demanda de atención en Rehabilitación?

28. *BPL, NSS 9211740099*: Femenino de 38 años de edad, valorada en rehabilitación por amputación traumática de antebrazo izquierdo con máquina compactadora el 17 de enero 2013. Atendida en Ortopedia con fijador externa durante 8 semanas por luxación de codo agregada, dada de alta el 08 de marzo 2013. Se canaliza a Rehabilitación de tercer nivel de atención para adaptación protésica, recibe terapia institucional para entrenamiento protésico. Es revalorada en diciembre 2013 asintomática en cuanto a dolor, adaptada a su prótesis y uso de gancho para actividades del hogar. Candidata a módulo de reincorporación laboral, una vez que finalice su dictamen de incapacidad permanente.
29. *JMHC, NSS 9213950056*. Masculino de 19 años de edad, enviado por gonalgia bilateral referida hace 2 años, sin antecedente traumático. Practica futbol los fines de semana, califica el dolor en 4/10 por escala verbal análoga, se presenta el dolor 3 veces al mes, no limita sus actividades, ni actividad laboral. Recibe manejo con analgésicos, desconoce el programa de casa y el uso de calor local, ya que no fue otorgado por médico familiar, como lo indica la Guía de Práctica Clínica correspondiente. Egresada de Rehabilitación para seguimiento por medicina familiar.
30. *RRJ, NSS 3700801690* Femenino enviada a consulta externa de rehabilitación el 21 de octubre 2013, con diagnóstico de esguince cervical de 4 días de evolución. Refiere dolor cervical con irradiación dorsal, en escala 6/10, niega alteraciones en fuerza y sensibilidad, en tratamiento analgésico recién indicado. Sin datos de alarma a la exploración física, se indica retiro progresivo de collarín, terapia física y seguimiento por médico familiar.
31. *GHP, NSS 067560894*. Masculino de 58 años de edad, enviado por espolón calcáneo a consulta de rehabilitación. No ha recibido manejo inicial con terapia física en casa, ni prescripción de plantilla, de acuerdo a lo indicado en Guía de Práctica Clínica, por lo cual se comenta caso con Jefatura de Departamento Clínico. Se explica al paciente el manejo con terapia en casa y plantilla, para continuar seguimiento por médico familiar.
32. *RMBR, NSS 9497750301*. Femenino de 39 años enviada por adherencias cicatriciales. Al interrogatorio refiere cesárea de 17 años de evolución, no presenta limitación ni dolor para ninguna actividad de su vida diaria, y manifiesta signos de infección de vías urinarias. En la exploración física se encuentra paciente sana, sin ningún punto doloroso ni limitación física, arcos de movilidad con fuerza y sensibilidad conservadas. Alta de rehabilitación por envío injustificado, que no amerita ningún manejo de especialidad médica. Se sugiere valoración y manejo de infección de vías urinarias por su médico familiar.
33. *MRA, NSS 9209891924*. Masculino de 15 meses de edad, enviado por pie plano. Valorado en junio 2014, sin datos de alarma para daño neurológico, sin antecedentes patológicos, desarrollo psicomotor acorde a edad, y la exploración física se encuentra normal. Se explica a la madre que a su edad es normal el cojín graso plantar, y que

posteriormente con la marcha deberá vigilarse el arco plantar. Se indica continuar su seguimiento con médico familiar y se da de alta de rehabilitación.

Documentos jurídicos y en materia de Bioética, aplicables a cada una de las problemáticas éticas identificadas en el Módulo de Rehabilitación

A continuación se desglosa para cada una de las problemáticas éticas identificadas, la normatividad jurídica vigente aplicable a nivel nacional para el ejercicio de la Rehabilitación Física en el primer nivel de atención dentro del IMSS, así como los documentos internacionales y nacionales sobre Bioética clínica al respecto, ya que los problemas éticos se dilucidan en base a los hechos, la normatividad jurídica y los principios de la bioética.

Problema ético 1: El paciente con incapacidad temporal para el trabajo, ¿tiene derecho a rechazar la terapia física institucional?

- **Premisas.** Se entiende por *terapia institucional* al tratamiento que se otorga en el Módulo de Rehabilitación de lunes a viernes con horario y terapeuta designado. El objetivo es controlar el dolor, paliar secuelas, enseñar hábitos de higiene articular, recuperar la fuerza muscular y mejorar las condiciones físicas del derechohabiente para que sea apto laboralmente y mejore su calidad de vida.

Lo anterior se explica al paciente como parte del proceso de consentimiento bajo información, y si el paciente lo amerita, se expide la incapacidad correspondiente durante este periodo de terapia.

La expedición de la *incapacidad* es una certificación médica que toma en cuenta factores clínicos, condiciones psicofísicas del trabajador, las características y condiciones de su puesto de trabajo³¹.

Normatividad jurídica vigente al respecto:

En México, el sistema constitucional contiene varias disposiciones que dan sustento a la autonomía vital más que a decisiones terapéuticas de la índole comentada en los casos anteriores: el derecho a la dignidad (art. 1º), el derecho a la protección de la salud (art.4º), el derecho a la información (art. 6º) y el derecho de libertad de creencias (art.24º).

La *Ley General de Salud*, en el artículo 77 bis 37 fracción IX, menciona que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a “otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos”. La fracción VIII habla sobre el derecho a “decidir libremente sobre su atención”³².

Por otra parte, en el art. 77 bis 38 fracción V se enumera, dentro de las obligaciones de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, el “cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse”.

La *Ley del Seguro Social* establece en el artículo 56 el derecho “del asegurado que sufra un riesgo de trabajo a recibir como prestación en especie: aparatos de prótesis y ortopedia (fracción III), y rehabilitación (fracción IV). El artículo 50 consigna que “el asegurado que sufra algún accidente o enfermedad de trabajo, para gozar de las prestaciones en dinero a que se refiere el capítulo, **deberá someterse a** los exámenes médicos y a los **tratamientos** que determine el Instituto, salvo cuando justifique la causa de no hacerlo³³”.

El Título Sexto del *Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS* regula la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. Legalmente se considera “incapacidad temporal para el trabajo, a la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo³⁴”.

La *Norma Oficial Mexicana del expediente clínico*, en su párrafo 4.2, señala la “Carta de consentimiento bajo información como el documento escrito, signados por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados (...), un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios³⁵”.

Documentos nacionales e internacionales de Bioética al respecto:

La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO, 2005) menciona en su artículo 5, que “se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas”. El artículo 6 consigna sobre el consentimiento que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada (...) La persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno³⁶”.

El *Código de Bioética para el Personal de Salud* (Comisión Nacional de Bioética, 2002), en su Capítulo II sobre la prestación de servicios de salud, señala en el punto 11 que “es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite”. El punto 12 indica que se “tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento³⁷”.

El mismo Código, en su Capítulo V sobre las responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes, cita en el punto 31 que “el consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública”.

Y el punto 32 habla del derecho a respetar “la decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento³⁸”.

La *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* (CONAMED, 2001), menciona en el punto 4 titulado “Decidir libremente sobre su atención”, el derecho a decidir con libertad y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido³⁹. El punto 5 sobre “Otorgar o no su consentimiento válidamente informado”, explica que el paciente tiene derecho a expresar su consentimiento por escrito, cuando acepte sujetarse con fines terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo para lo cual debe ser informado.

Problema ético 2: La integración laboral de pacientes con secuelas temporales o discapacidad permanente, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud? ¿Es ético darlos de alta?

2.1 Integración laboral de pacientes con secuelas temporales.

Premisa. Una *secuela temporal* se refiere a los signos y síntomas residuales de la lesión que produjo la incapacidad temporal. Por ejemplo fracturas, esguinces, heridas o contusiones, que ameritaron cierto tiempo de recuperación y que tras la valoración individual en Medicina Familiar o Rehabilitación, se considera apto laboralmente por el grado de funcionalidad que le permite desarrollar su trabajo, a pesar de dolor o edema propio del padecimiento y que no le causará lesiones futuras.

Documentos nacionales e internacionales de Bioética al respecto:

La *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU,1948) contempla el derecho a la seguridad de la persona (art. 3º). De igual forma en el artículo 29 indica que “toda persona tiene deberes respecto a la comunidad⁴⁰” entendida como la contribución de su trabajo cuando sus capacidades físicas lo permitan.

Por otra parte, dicha Declaración comenta que “todos los seres humanos deben ser tratados con justicia” (art.10), y que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (art.14º).

La *Carta de los Derechos Generales de los Médicos* (CONAMED, 2001) recuerda en el punto 1 que el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva⁴¹.

Por otra parte, el *Código de Conducta para el Personal de Salud* (Comisión Nacional de Bioética, 2002) señala la obligación de “apegarse invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes⁴²”.

Normatividad jurídica vigente al respecto:

Para la toma de decisiones sobre el alta laboral, conviene aclarar la definición de “invalidez” citada en la Ley General de Salud (art.173)⁴³ y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (art. 135)⁴⁴ como: “la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática...”.

En materia de prevención, dicha Ley cita en el artículo 174: la “identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar invalidez” (fracción III) y “la promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas **en proceso** de rehabilitación” (fracción VII)

La *Ley del Seguro Social* señala que “cuando el asegurado sufre un riesgo de trabajo tiene derecho al goce de subsidio del cien por ciento del salario en que estuviese cotizando, si el accidente o lesión lo incapacita para trabajar mientras dure la inhabilitación, entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar (fracción I artículo 58). En caso de incapacidad permanente parcial o total (...), deberá continuar su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el artículo 61. Cobra especial relevancia el artículo 62 sobre “las recaídas con motivo del mismo accidente o enfermedad de trabajo, que dan derecho a gozar del subsidio esté o no vigente su condición de asegurado, siempre y cuando sea el Instituto quien así lo determine”⁴⁵.

Y, en caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo⁴⁶ (artículo 96 Ley del IMSS).

2.2. Integración laboral de pacientes con discapacidad permanente.

- **Premisas.** Una *discapacidad* permanente es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Lo anterior nos lleva a ubicar la *minusvalía* como la situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal para su edad, sexo o factores sociales y culturales⁴⁷.

La discapacidad permanente dentro del IMSS, se dictamina de acuerdo a la valoración de Salud en el Trabajo bajo el rubro de incapacidad permanente parcial o total.

El IMSS contempla la reincorporación laboral de personas con discapacidad como un programa prioritario. Ofrece los servicios de Rehabilitación para el Trabajo, por medio del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) y dos Módulos

de Reincorporación Laboral en el Distrito Federal. Estos incluyen estrategias de medicina física, atención médica, psicología, simulación laboral, gestoría ocupacional, y capacitación y adiestramiento para el trabajo en un tiempo relativamente corto. El objetivo es procurar el desarrollo de conocimientos, habilidades o destrezas y actitudes que respondan a las necesidades del mercado laboral, certificando las competencias adquiridas, contribuyendo a su reincorporación al trabajo y mejorando con ello la calidad de vida del asegurado y su familia.

Normatividad jurídica al respecto:

La *Ley del Seguro Social* contempla la incapacidad permanente parcial o total como producto de los riesgos de trabajo (art. 55), definidos en la *Ley Federal del Trabajo* como los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo (art. 473)⁴⁸.

Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, se otorga una pensión mensual equivalente al 70% del salario en que estuviere cotizando (fracción II, art. 58). Si la incapacidad es permanente parcial se califica según el grado de discapacidad: superior al 50% se calcula conforme a la tabla de valuación de la Ley Federal de Trabajo, hasta el 25% se paga una indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido (fracción III, art.58)⁴⁹.

La pensión por incapacidad permanente se concede con carácter provisional, por un período de adaptación de dos años (art. 61 Ley del IMSS). Mientras tanto debiera promoverse la capacitación para el trabajo de las personas **en proceso** de rehabilitación (art. 174 LGS)⁵⁰.

Debiendo tener en cuenta el art. 62 de la Ley del IMSS: “Cuando el asegurado al que se le haya declarado una incapacidad permanente total o parcial (...) se rehabilite y tenga un trabajo remunerado en la misma actividad en que se desempeñaba, que le proporcione un ingreso cuando menos equivalente al cincuenta por ciento de la remuneración habitual que hubiere percibido de continuar trabajando, dejará de tener derecho al pago de la pensión”.

Documentos internacionales y nacionales sobre Rehabilitación Laboral y Discapacidad:

Los derechos humanos como proyecto de «visibilidad» en el contexto de la discapacidad se basan en los valores de la dignidad, la autonomía, la igualdad y la solidaridad⁵¹.

En los últimos años, a menudo se ha contrastado el «modelo médico» de la discapacidad con el modelo de «Derechos Humanos». El modelo médico se centra en rasgos médicos de las personas con su discapacidad particular, situando el «problema» de la discapacidad en la persona objeto de intervención clínica, limitando una actitud social más amplia y profunda que permita ver a la persona con discapacidad como un elemento de participación e interacción.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948) indica en su artículo 23 fracción 1, que toda persona tiene “derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo y a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo”⁵². Lo cual resalta la importancia de

actuar bajo el principio de justicia para prevenir la discriminación, entendida como “toda distinción, exclusión o restricción que, basada en (...) alguna discapacidad⁵³” y “tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas⁵⁴”. Considerando como conducta discriminatoria: el “establecer diferencias en la remuneración, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales y limitar el acceso a los programas de capacitación y de formación profesional⁵⁵” para personas con discapacidad.

La *Ley General de las Personas con Discapacidad* y la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* reconocen el derecho al trabajo y la capacitación, en términos de igualdad de oportunidades y equidad a través de “políticas públicas encaminadas a la integración laboral de las personas con discapacidad⁵⁶” y “en ningún caso la discapacidad será motivo de discriminación para el otorgamiento de un empleo⁵⁷”.

En el plano internacional, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006), resalta en el artículo 27 las medidas que “los Estados Partes deben adoptar para reconocer el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás: a) prohibiendo la discriminación por motivos de discapacidad respecto a condiciones de selección, contratación, continuidad, promoción profesional y condiciones de trabajo dignas y saludables; b) protegiendo igualdad de oportunidades y de remuneración igual, la protección contra el acoso y la reparación por agravios sufridos; y h) promoviendo el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes con programas de acción afirmativa e incentivos⁵⁸”.

La *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (OEA, 1999), compromete a los Estados parte a “adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad⁵⁹” mediante el suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración (art.3º).

La *Organización Internacional del Trabajo* ha celebrado distintos Convenios en pro del empleo de las personas con discapacidad⁶⁰: C111 Convenio sobre la discriminación en materia de empleo y ocupación, C142 Convenio sobre desarrollo de los recursos humanos y C159 Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

Por último, las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, consignan a los Estados a reconocer el principio de que las personas con discapacidad “deben estar facultadas para ejercer sus derechos humanos”, en particular en materia de empleo, y que “tanto en las zonas rurales como en las urbanas, deben realizarse campañas de sensibilización para superar las actitudes negativas y los prejuicios relacionados con los trabajadores con discapacidad” y “adoptar medidas su inclusión en el sector privado y en el sector no estructurado⁶¹”.

Problema ético 3: La integración laboral de pacientes con mal pronóstico funcional, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud?

- **Premisa.** El mal pronóstico de un paciente se determina con base en la evolución propia de la lesión o enfermedad de base, su edad, ocupación, comorbilidad e incluso su modo de percibir y vivir dicha limitación funcional.

Algunos de los padecimientos con mal pronóstico *per se*, a mediano y largo plazo, son la enfermedad articular degenerativa sometida a cargas constantes, repetitivas o posturas viciosas, enfermedades por sobreuso (por ejemplo: tendinitis de Quervain, túnel del carpo, pinzamientos de hombro en estibadores). También los pacientes con secuelas de alguna lesión traumática que predisponga a artrosis temprana, enfermedades neuromusculares como distrofias, neuropatías progresivas o miastenia gravis, enfermedades neurodegenerativas como esclerosis múltiple, ataxias o enfermedad de Parkinson y enfermedades reumatológicas como lupus sistémico o artritis reumatoide.

Normatividad jurídica al respecto:

La *Ley General de Salud* consigna en el artículo 77 bis 38, que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen la obligación de “adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades” (fracción I), así como “colaborar con información veraz y exacta sobre sus antecedentes” (fracc.IV) y “cumplir las recomendaciones, prescripciones y tratamiento” (fracción V)⁶². El artículo 174 en materia de prevención de invalidez reconoce “la necesidad de investigación de causas de invalidez y de los factores que la condicionan y la identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos (...) que puedan causar invalidez”⁶³.

La *Ley del Seguro Social* (LSS) contempla el otorgamiento de asistencia médica “en caso de enfermedad no profesional durante un plazo de cincuenta y dos semanas” (art.91) y “si al término de dicho plazo continuara enfermo, se prorroga su tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, previo dictamen médico” (art.92)⁶⁴. En materia de prevención el artículo 110 señala que “con el propósito de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, los servicios de medicina preventiva lleven a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad”⁶⁵.

En caso de demostrarse un estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios, se dictamina como “enfermedad de trabajo” según lo contempla el artículo 43 de la LSS y el artículo 475 de la Ley Federal del Trabajo (LFT), condicionando el goce de la prestación en dinero a “someterse a los exámenes y tratamientos que determine el Instituto”⁶⁶.

Como ya se mencionó en apartados anteriores (notas 44 y 45), aunadas a la Ley del IMSS en el artículo 119, se dictamina como “estado de invalidez” cuando “el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales”⁶⁷.

Otras herramientas de referencia sobre la toma de decisiones para otorgar información y establecer los objetivos del tratamiento y pronóstico de estas enfermedades, son las Guías de Práctica Clínica (GPC)⁶⁸, que se analizan a continuación:

La GPC de diagnóstico y tratamiento del *síndrome de túnel del carpo*⁶⁹, enlista como causa y factor predisponente de origen mecánico las ocupaciones de obreros de máquinas neumáticas, secretarías, estilistas, cortadores de carne, cerrajeros, médicos, estomatólogos, carpinteros, etc. En el punto 4.4 se cita como buena práctica, con nivel de recomendación, el hecho de “orientar al paciente respecto al alto riesgo de recidiva con tratamiento conservador, sugiriendo evitar o reducir si es posible, actividades con movimiento de muñeca constante”.

La GPC de diagnóstico y tratamiento del *síndrome de manguito rotador de hombro*, reconoce como uno de los factores de riesgo para dolor persistente, los factores ocupacionales que en ciertos casos puede aumentar la prevalencia de la entidad. Las actividades laborales con “máquinas de vibración repetitiva son predisponentes para estas lesiones”⁷⁰, y junto con “actividades laborales o recreativas en las que se mantiene por tiempo prolongado el brazo elevado por arriba del nivel de hombro, favorece la atrición de tendones”. En el punto 4.2.2 sobre tratamiento de rehabilitación, se emite con grado de recomendación, el “cambio de actividad laboral cuando este amerite los movimientos ya mencionados”. En cuanto al pronóstico (punto 4.5), se determina un “variable periodo de recuperación según edad y tipo de actividad recreativa o de trabajo”.

En cuanto a la *artritis reumatoide*, la GPC comenta que el pronóstico se considera variable, y el objetivo de la vigilancia y seguimiento es lograr la plena inclusión o reintegración social (punto 4.4)⁷¹. Los factores de mal pronóstico son: “sexo femenino, erosiones radiológicas, factor reumatoide positivo, anticuerpos anti-CCP, enfermedad extra-articular, elevada carga inflamatoria y bajo nivel socioeconómico”. Se toma en cuenta la actividad laboral en el punto 4.5.11 sobre terapia biológica, solo para recomendarla en combinación con metotrexate y la evaluación anual que incluye el estado laboral y discapacidad, pero no se contempla el procedimiento oficial o las condiciones para dictaminarla. Sin embargo se recomienda el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) para predecir deterioro funcional y discapacidad laboral.

Documentos nacionales e internacionales de Bioética al respecto:

La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO, 2005), en su artículo 8 destaca el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, glosando la “aplicación y fomento del conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, tomando en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar su integridad personal”⁷².

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1976), consigna en su artículo 12 el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁷³.

A nivel nacional, el *Código de Bioética para el Personal de Salud* inicia su capítulo I reconociendo que “toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud”. Y el punto 11 señala que “es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica”. Con respecto a la vulnerabilidad, el capítulo III (punto 13), declara que los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables y recuerda la necesidad de informar sobre complicaciones y precauciones para su enfermedad de manera que él mismo sea partícipe de su manejo (punto 14)⁷⁴.

La *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* subraya de igual manera el “derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento”, en apego al artículo 29 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*⁷⁵.

Problema ético 4: ¿Qué principios bioéticos entran en conflicto por errores médicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones agudas y enfermedades crónicas?

El error médico se define como la conducta inadecuada del profesional de la medicina que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño a la vida o agravio a la salud. Sin embargo es importante aclarar que no es un término jurídico, por lo cual desglosaremos una serie de definiciones ético-legales:

Deber ser	Fuente de problemas éticos	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> •Calidad de la atención •Explicación médica •Pericia •Equidad •Apego a la Norma •Principios científicos •Principios éticos •Obligación de medios / de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> •Accidentes en diagnóstico o tratamiento •Diagnóstico erróneo / inoportuno •Iatrogenia por impericia / temeridad/ negligencia / dolo/ imprudencia •Maltrato •Falta de capacitación / competencia/ probidad •Atención médica inadecuada / inoportuna/ insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> •Complicaciones •Daño físico / moral •Resultados no satisfactorios •Secuelas •Sobreexpectativa del paciente •Tratamiento inoportuno/ irregular

Definición de estos conceptos bajo una perspectiva ético-jurídica:

Accidente en el diagnóstico o en el tratamiento: el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que produzca por concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Atención médica: conjunto de servicios proporcionados al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Atención médica inadecuada: acción contraria a las normas y principios éticos y científicos que rigen la práctica médica, en la prestación de los servicios de atención médica.

Atención médica inoportuna: conjunto de procedimientos médicos que no se prestan en el momento necesario.

Atención médica insuficiente: conjunto de actividades médicas que no se otorgan en forma integral al padecimiento y condición clínica del paciente.

Calidad de la atención: propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables en cuanto a su eficiencia, eficacia, efectividad y equidad, que repercuten en la satisfacción del usuario.

Complicaciones: evento adverso a la salud del paciente, producido durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente o por iatropatogenia.

Daño físico: afectación sufrida por una persona en sus estructuras y/o capacidades corporales, ya sea intelectuales, motrices, sensoriales y demás que signifiquen una disfunción orgánica o metabólica, producto de la atención médica.

Daño moral: afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás, derivada de la atención médica.

Diagnóstico erróneo: impresión clínica diferente al padecimiento real que presenta el paciente.

Diagnóstico inoportuno: identificación a destiempo del padecimiento o condición clínica que presenta el paciente, con repercusiones para su salud.

Dolo en la prestación del servicio médico: cualquier maquinación o artificio para engañar a un paciente; o bien, para perjudicar su salud.

Equidad: trato igualitario al usuario del servicio médico, con arreglo a la *lex artis*, atendiendo sus necesidades específicas.

Explicación médica: informe pormenorizado que rinde el prestador del servicio médico al usuario, a través del cual, explica y justifica el procedimiento médico empleado para su atención, de conformidad con la *lex artis* médica.

Falta de capacitación: ausencia o insuficiencia de actualización, adiestramiento y capacitación de los recursos humanos involucrados en la atención médica.

Falta de competencia: ausencia de facultad para conocer y resolver determinados negocios en razón de la materia, instancia, territorio, cuantía, etc.

Falta de probidad: desapego a las obligaciones éticas y legales que tiene todo prestador de servicio, en detrimento de los derechos del usuario.

Iatrogenia: lesión generada a un paciente a consecuencia de una atención legítima a título de riesgo calculado en términos de la *lex artis* médica, siendo un mal necesario para proteger su salud.

Iatropatogenia: la lesión generada a un paciente consecuencia de impericia, temeridad, negligencia o dolo del personal de salud.

Iatropatogenia diagnóstica: consecuencia de una pobre semiología y de una exploración física superficial, que establece un diagnóstico erróneo o incompleto, y por consiguiente un tratamiento equivocado que generará consecuencias al paciente.

Impericia: falta de conocimiento y/o aptitudes imputables al personal de salud.

Impericia temeraria o Temeridad: exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimiento.

Imprudencia: no procede en materia civil ni penal, ya que en la prestación de servicios profesionales se responsabiliza por negligencia, impericia o dolo (materia civil), o como elementos subjetivos del injusto el dolo y culpa (en materia penal).

Incumplimiento de la Norma: acción u omisión no ajustada a disposiciones prescriptivas o prohibitivas contenidas en la normal, y deficiencia en su cumplimiento.

Irregularidad en la prestación de servicios médicos: todo acto u omisión en la atención médica que contravenga las disposiciones que la regulan, por negligencia, impericia o dolo, incluidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Maltrato: cuando el personal que otorga el servicio lo hace de manera poco cortés y/o agresiva.

Negligencia en la prestación de servicios médicos: inobservancia a un deber de cuidado en la atención médica, atribuible al personal. Incluye la omisión diagnóstica o terapéutica.

Obligación de medios: medidas de sostén terapéutico o medios ordinarios aplicables en la atención médica.

Obligación de resultados: aplica en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, insumos para la salud y cirugías de resultados (de naturaleza estética).

Pericia médica: acreditación de conocimientos, habilidades y destrezas del prestador.

Principios científicos de la práctica médica (lex artis): conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

Principios éticos de la práctica médica: conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

Resultados no satisfactorios: cuando en cirugías o procedimientos con obligaciones determinadas (auxiliares de diagnóstico y tratamiento, insumos para la salud y cirugías de resultados), no se logró obtener el resultado comprometido.

Secuelas limitación orgánica y/o funcional, temporal o permanente, originada por un procedimiento diagnóstico o terapéutico o por la historia natural de la enfermedad.

Sobreexpectativa del paciente: percepción errónea o falta de información sobre lo que el paciente espera, como resultado en la atención médica que recibe.

Tratamiento inoportuno: procedimiento terapéutico otorgado en forma extemporánea, de acuerdo al estándar de servicio definido por la Institución.

Tratamiento irregular: procedimiento de atención médica no acorde a la *lex artis*.

Normatividad jurídica vigente al respecto:

La *Ley General de Salud* establece que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”⁷⁶.

La *Ley del Seguro Social* en su artículo 2º consigna que “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”⁷⁷.

“La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”⁷⁸. “Todo profesional de la salud está obligado a proporcionar al usuario y, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”⁷⁹. Este Reglamento, también señala la idoneidad y suficiencia del personal de salud⁸⁰, y las características de las prestaciones de salud: “oportunas, de calidad idónea, atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno”⁸¹.

En el ámbito médico, la interpretación del artículo 1910 del *Código Civil Federal*, obligaría al médico a realizar una conducta positiva en favor del paciente en caso de haberle “causado daño al obrar ilícitamente o contra las buenas costumbres”⁸². “El abandono en tratamiento y causar daño dolosa o culposamente a un paciente con actos propios o por

medio de auxiliares” también se puede tipificar penalmente según los artículos 228 y 229 del *Código Penal Federal* referentes a la responsabilidad profesional⁸³.

En cuanto a referencias en documentos de Bioética encontramos:

El artículo 25 de la *Declaración de los Derechos Humanos* recuerda que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”⁸⁴. “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”⁸⁵. Y “el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones”, se enfatiza en la actuación del personal de salud en Declaración⁸⁶.

El artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966)⁸⁷, así como el artículo 10 del *Protocolo de San Salvador* (OEA, 1988), consignan también que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”⁸⁸.

El *Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal*, define como “integridad” al deber de actuar con honestidad, atendiendo siempre a la verdad, y recuerda la “rendición de cuentas” como la asunción plena ante la sociedad, de la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a evaluación⁸⁹.

El *Código de Bioética para el Personal de Salud* (Comisión Nacional de Bioética, 2002), recuerda que “toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud (...). El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética”⁹⁰. “La población sana o enferma tiene derecho a recibir del personal que presta atención a la salud, lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁹¹. Resalta la importancia de cuidar los principios éticos y cómo estos influyen en la salud de los pacientes: “...el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁹².

En el *Código de Conducta para el Personal de Salud* (Comisión Nacional de Bioética, 2002), se consigna la atención integral a los pacientes, “minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja”⁹³. Recuerda también, “la obligación de informar de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible”⁹⁴.

El personal de salud “deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer”⁹⁵. Y “se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes”⁹⁶.

La *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* (CONAMED, 2001), reconoce el derecho a “recibir atención médica adecuada” por personal preparado, de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico⁹⁷. Y de igual manera, se señala el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz” sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, expresado en forma clara, comprensible, con oportunidad y veracidad⁹⁸.

Por otra parte, el médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica, según la *Carta de los Derechos Generales de los Médicos* numeral 4, con base en la Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones (art. 33) que glosa: “El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente”⁹⁹.

Problema ético 5: Bajo el principio de responsabilidad, ¿es válida la suspensión de atención médica por falta de apego a la terapia física institucional?

- **Premisa.** El proceso para recibir terapia física institucional conlleva la aceptación previa del paciente, manifestada a través del consentimiento bajo información, que describe los objetivos y procedimientos terapéuticos, así como la necesidad de asistir puntualmente a todas las terapias. Se consigna de manera clara que a partir de la segunda falta injustificada, se otorgará el egreso del servicio, sin derecho a incapacidad en el caso de trabajadores.

Normatividad jurídica vigente al respecto:

Como ya se mencionó en la nota 64, La *Ley General de Salud* dedica el capítulo IX a los Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios, enfatizando la obligación de “cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse el paciente” (artículo 77 bis 38, fracción V).

La *Ley del Seguro Social* señala en el artículo 58 para riesgos de trabajo y el artículo 96 para enfermedad no profesional (ya citados anteriormente en notas 51 y 48, respectivamente), el derecho del asegurado “a gozar del subsidio entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar (...), sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación”. Por lo cual, en el Módulo de la UMF estudiado, se busca brindar la terapia física institucional incluso en horarios no laborales para que el paciente simultáneamente se incorpore a su trabajo y continúe su rehabilitación.

Para contestar a nuestro problema ético, es vital, la correcta interpretación de las fuentes jurídicas para no atentar contra la integridad del paciente, ya que la suspensión del subsidio no conlleva la suspensión de atención médica: el artículo 99 de esta misma Ley aclara que, “en caso de incumplimiento por parte del enfermo a la indicación del Instituto de someterse a hospitalización, o cuando interrumpa el tratamiento sin la autorización debida, se suspenderá el pago del subsidio”¹⁰⁰.

Curiosamente, el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, establece “la obligación del usuario de sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica”¹⁰¹, pero cabe puntualizar lo anterior únicamente “en relación al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales”, sin mencionarse alguna fracción con respecto al cumplimiento de tratamientos médicos.

Durante la consulta externa en el Módulo de Rehabilitación estudiado, si el paciente lo amerita, se ofrece la terapia física institucional y previa explicación del tipo de terapia a recibir (electroterapia, ultrasonido, movilizaciones, fortalecimiento, etc.), se procede a la firma por ambas partes del consentimiento bajo información que contiene textualmente el artículo 149 del *Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS, 2006): “Si el asegurado (...) abandona sin la autorización debida el tratamiento prescrito por el médico tratante del Instituto, no se le expedirá certificado de incapacidad temporal para el trabajo por este periodo”¹⁰².

Documentos nacionales e Internacionales de Bioética al respecto:

La mayoría de los documentos nacionales e internacionales de Bioética, reconocen el derecho a la protección de la salud y demás potestades a que son acreedores los pacientes en el ámbito de la atención médica. Sin embargo, las obligaciones que les corresponden son consignadas con menos frecuencia. Esto podría ser materia de estudio para otra ocasión. Quizá se explica porque en la mayoría de casos son violados estos derechos, y por la escasez con la que se evidencia el incumplimiento de obligaciones como receptores de servicios de salud.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948), recuerda que “toda persona tiene deberes respecto a la comunidad”¹⁰³, si consideramos el impacto laboral y económico que representa un trabajador con incapacidad temporal. De igual manera, se reconoce “la responsabilidad que asume cualquier persona al ejercer su autonomía”¹⁰⁴.

Como ya se mencionó, el *Código de Bioética para el Personal de Salud* (Comisión Nacional de Bioética, 2002), señala en el numeral 11 que “es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite”, y que se “tratará de resolver cualquier diferencia con algún paciente (...) presentándole alternativas en su tratamiento” (nota 39 ya citada).

Cuando este Código describe al enfermo como “particularmente vulnerable”¹⁰⁵, debe hacerse una clara interpretación que lo distinga de alguna errónea consideración de víctima o acreedor a derechos especiales, ya que en algunos casos pudiera abusarse o falsearse esta condición de vulnerabilidad.

De manera relevante en el capítulo V de este mismo Código, sí se enumeran claramente las “Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes” en el número 33: “el paciente, después de haber recibido la información detallada y aceptar las prescripciones

médicas, está comprometido a cumplirlas con precisión. Tiene el deber de informar al personal que lo atiende cuando por cualquier motivo ha dejado de cumplir las indicaciones”¹⁰⁶.

Esta obligación, como contraparte indispensable de cualquier derecho, debiera manifestarse también en la reconocida *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*. Y debería hacerse explícito en el punto 5 de la *Carta de los Derechos Generales de los Médicos*, ya que una muestra del “trato respetuoso” que tiene derecho a recibir por parte de los pacientes y sus familiares, sería cumplir con el mayor apego posible a las indicaciones terapéuticas.

Problema ético 6: ¿Qué principios entran en conflicto por una deficiente información al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de patologías que producirán dolor crónico?

- **Premisas:** Se consideró para este trabajo, una “deficiente información al paciente” cuando durante la consulta externa de Rehabilitación se corrobora el desconocimiento de su diagnóstico, el porqué de sus manifestaciones, la evolución natural de su enfermedad, las causas que lo precipitan, si se le han enseñado indicaciones generales de autocuidado, la importancia de apegarse a un tratamiento fijo y sobre todo si conoce qué pasará a futuro con su enfermedad.

Lo anterior podría parecer demasiado exigente para el paciente y su médico tratante, sin embargo se ha observado en el Módulo de Rehabilitación estudiado, que la retroalimentación con esta información al paciente y a su familia, de manera clara mediante la enfermera, el médico y los terapeutas físicos, en cada consulta subsecuente, permiten un proceso de aprendizaje sobre los cuidados que deben procurar para “controlar” su enfermedad, sobre todo en aquellos padecimientos cronicodegenerativos (como la osteoartritis o enfermedad articular degenerativa), por sobreuso o enfermedades de trabajo.

Si el paciente comprende que algunos síntomas se “controlan” porque “no se curan” permite que afronten su enfermedad, que incidan en los factores modificables en su estilo de vida, que participen en la relación médico-paciente de manera libre y responsable, pero sobre todo, disminuye su ansiedad ante la incertidumbre del pronóstico de su enfermedad y en ocasiones, hasta logramos evitar gastos e inversiones cuantiosas en tratamientos particulares que prometen curar o paliar sus síntomas, así como un desfile de médicos de varias especialidades que han opinado y multitratado al paciente sin éxito.

En el caso de lesiones agudas con secuelas tratables (por ejemplo: dolor crónico en fracturas severas o expuestas, esguinces de grados avanzados, dolor neuropático) o incluso secuelas severas (por ejemplo: anquilosis o parálisis de uno o varios miembros por lesiones medulares, eventos vasculares cerebrales o traumatismos craneoencefálicos moderados y severos), el conocimiento del pronóstico es indispensable para fijar metas reales a obtener con la rehabilitación a plazo fijo hasta lograr el máximo beneficio o definir la necesidad de vigilancia o seguimiento de por vida en periodos trimestrales o semestrales según lo requiera cada paciente.

Lo anterior, también permite identificar la necesidad de recurrir a otras especialidades cuando las circunstancias del paciente por la complejidad de su diagnóstico o comorbilidad, no mejorarán con terapia física u otras modalidades de rehabilitación.

Por último, la omisión de información sobre el diagnóstico y/o pronóstico de patologías que causan dolor u otros síntomas crónicos, constituye una iatropatogenia.

Normatividad jurídica vigente al respecto:

Como ya se mencionó, la *Ley General de Salud* contempla el derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos”¹⁰⁷. En este sentido, sería deseable que también pudiera incluirse “el pronóstico” en este artículo, con la “medida, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”¹⁰⁸.

De igual manera, recordamos que en el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, artículo 29, se obliga a “todo profesional de la salud, a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”¹⁰⁹.

Documentos nacionales e Internacionales de Bioética al respecto:

La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* señala en su artículo 6 – Consentimiento, que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”¹¹⁰. Y que en la enseñanza de la Medicina “se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones”¹¹¹.

Es interesante que en esta Declaración se haga un llamado a “entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto”¹¹², para mejorar la comunicación en la relación médico-paciente, mediante un sano intercambio de los puntos de vista sobre el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado que el personal de salud enseña al paciente y su familia.

El *Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal*¹¹³, consigna bajo el título de “justicia” a “la obligación de conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulan el ejercicio de sus funciones” dentro de las cuales está el brindar información veraz, clara y oportuna, como se argumentó en los párrafos anteriores. Y hace un llamado a la “generosidad” como “una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad” que pudiera hacerse palpable principalmente al darse el tiempo de brindar las explicaciones que el paciente requiere o solicita.

Para lograr lo anterior, “las instituciones de salud, conforme a sus posibilidades, deberán asignar a cada médico (...), el número adecuado de personas de acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad”¹¹⁴.

Sobre los beneficios de la participación del paciente en su enfermedad, el capítulo III recuerda que “el paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas, con un lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo”¹¹⁵. Un reto que vale la pena intentar por los beneficios que aportará como ya se explicó en la premisa.

A falta de una adecuada y oportuna información podríamos cuestionar la validez del consentimiento informado ya que como consigna este mismo Código, éste constituye “la más sólida expresión de la autonomía, [pues le permite al paciente] establecer su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales”¹¹⁶. Y al mismo tiempo le libraría del “compromiso de cumplir las prescripciones médicas con precisión”¹¹⁷. 33

También el *Código de Conducta para el Personal de Salud* (2002), describe en su Apartado II, que “el personal de salud deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer. Del mismo modo, deberá facilitar, a solicitud de los pacientes, la obtención de segundas opiniones, según el caso”¹¹⁸.

Por último, la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* abarca claramente este tema, recordando que son derechos del paciente: “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz”; “otorgar o no su consentimiento válidamente informado” y; “contar con facilidades para obtener una segunda opinión”¹¹⁹.

Problema ético 7: ¿Cómo aplicar el principio de justicia, en la distribución y planeación de recursos ante la oferta y demanda de atención en Rehabilitación?

Desde un enfoque de la filosofía de la economía, la *justicia distributiva* intenta aclarar los mecanismos de asignación de recursos, a partir de la afirmación de que todos los individuos tienen derechos, lo que cambia es la concepción de los derechos y los agentes receptores de éstos.

Existen dos posturas principales al respecto: “1) El libertarismo, cuya tesis sostiene que todos los individuos deben tener garantizados los derechos civiles y políticos, pero no los económicos y sociales, con fundamento en el imperativo categórico de Kant, que afirma que todo ser racional existe como fin en sí mismo, no meramente como medio. 2) El libertarismo igualitario, que incorpora los derechos sociales a la teoría de la justicia para lograr un bienestar económico y social, afirmando que individuos con deseos, intereses, habilidades y capacidades distintas, pueden aceptar una distribución uniforme y que el Estado está moralmente capacitado para llevar a cabo mecanismos redistributivos”¹²⁰.

Con respecto a los *criterios de la distribución*, las teorías de la justicia se mueven en un trasfondo de escasez, por lo cual es de suma importancia que los criterios sean objetivos, públicos y transparentes.

En estos casos, los criterios recomendados por Walzer¹²¹ son: el mercado, el mérito y las necesidades. Cuando hablamos de justicia distributiva con relación a la salud, el mercado queda descartado.

El *mérito* se relaciona con la pregunta de cuánto y cuándo merece una persona determinado apoyo (la atención médica, en este caso, de Rehabilitación), bajo la concepción de la imparcialidad. Cuando decimos que alguien “merece” algo, es porque consideramos que tiene el “mérito” suficiente para tenerlo bajo el juicio de un árbitro (es importante fijar criterios de envío, que juzgue correctamente el médico familiar). Las desventajas iniciales pueden influir de manera determinante, en los esfuerzos que tiene que hacer una persona para recibir ciertos bienes o servicios; sobre todo cuando se requiere la participación activa de los beneficiarios.

El concepto de *necesidad* no es nítido a primera vista. El reto de la justicia distributiva es formular una noción adecuada de las necesidades básicas de cuidados de la salud. Dieterlen cita a James Griffin quien asegura: “cuando hablamos de necesidades básicas, no tenemos que interpretar, basta con estipular”¹²². La idea que subyace es que todos los hombres y las mujeres tienen las mismas necesidades. Por otra parte, Norman Daniels afirma que debemos considerar las necesidades básicas como la salud como: “Necesidades de curso que ‘las personas tienen a lo largo de toda su vida, o en ciertos periodos de la vida (...), una deficiencia con relación a ellas pone en peligro los funcionamientos normales del sujeto’¹²³. Una ventaja es que son objetivas y fáciles de adscribir.

En lo que se refiere a la distribución de los servicios de Rehabilitación, mediante mecanismos adecuados de focalización, se pueden prevenir enfermedades articulares degenerativas hasta cierto punto, y se pueden utilizar recursos para curar lesiones y traumatismos agudos, es decir, se pueden atender los dos objetos de la distribución.

El IMSS tiene presentes metas centrales en el área de cuidado a la salud, como la *equidad* (acceso a cierto estándar mínimo de servicios médicos basado en la necesidad de atención), la *eficiencia* (la calidad en el cuidado y la satisfacción del usuario al mínimo costo), y el *control de costos*, dadas las restricciones presupuestales a las que se enfrenta el Instituto.

En vías de alcanzar estas metas, el IMSS desarrolla estrategias y acciones específicas, tanto en el área de cuidado médico como en el financiamiento de los servicios de salud, lo cual requiere una legislación capaz de enfrentar estos retos económicos. Pero la legislación por sí misma no es suficiente para lograr la renovación del Seguro Social. Una buena legislación, junto a una buena administración, son complementos para lograr los objetivos de mayor cobertura y calidad.

La inequidad en la recepción de servicios de salud es un problema de acceso y puede obedecer a factores sociales, como la localización geográfica, la cultura y la educación, por lo que mayor gasto no necesariamente es suficiente para mejorar la equidad. Una gran parte

de ésta, provendrá de lograr el cuidado a la salud a lo largo de toda la vida, previniendo las enfermedades.

Normatividad jurídica nacional al respecto:

El Módulo de Rehabilitación estudiado está regido por la normatividad institucional, en apego a la normatividad nacional en servicios de salud a través de la *Ley General de Salud*, que señala los “servicios de salud como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”¹²⁴. Dicha Ley, clasifica estos servicios de salud en: I. De atención médica, II. De salud pública, y III. De asistencia social¹²⁵. De manera particular, los servicios de Rehabilitación se contemplarían dentro del rubro “De atención médica” considerándola un “servicios básicos de salud” a la par de actividades preventivas y curativas¹²⁶.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención médica señala que “para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la Secretaría de Salud, tomando en cuenta, la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales o privados, establecerá los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios”¹²⁷. Para aplicar “los criterios de distribución del universo de usuarios y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría”¹²⁸. Y para la “regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, (...) con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio”¹²⁹.

Realizando un análisis del párrafo anterior, podemos asimilar que esta distribución y planeación de recursos en Rehabilitación dentro del IMSS se apega a la normatividad existente en su correspondiente Ley y Reglamento de Prestaciones Médicas. Tomando en cuenta el porcentaje de población que requerirá el servicio, la capacidad instalada de servicios de Rehabilitación en los tres niveles de atención médica y los “recursos físicos, tecnológicos y humanos”¹³⁰ con que cuentan.

El capítulo VIII sobre las “disposiciones para la prestación de servicios de rehabilitación” no contempla lineamientos para definir la adecuada distribución, planeación y otorgamiento de estos servicios.

De manera que, para hacer una vivencia de la teoría anterior con apego a los principios citados (*justicia y totalidad*), en el día a día con cada paciente que demanda atención en el Módulo de Rehabilitación estudiado, deben aplicarse las Guías de Práctica Clínica que correspondan según el diagnóstico o comorbilidad del derechohabiente, así como las consideraciones del Consejero Médico¹³¹ para los pacientes con incapacidad temporal para el trabajo. De manera que al establecerse dicho diagnóstico, puedan detectarse las necesidades de un paciente, cotejarse con la normatividad previamente citada y canalizarle al tipo de rehabilitación que sea oportuna, desde la enseñanza para programa de terapia

física en casa y seguimiento por médico familiar, hasta el ingreso a terapia institucional o la referencia a Rehabilitación de segundo o tercer nivel de atención.

Documentos de Bioética al respecto:

La presentación de la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* recuerda cómo en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 destacó el esfuerzo por progresar en la salud de los mexicanos, suponiendo la aplicación de las normas y los procedimientos en las instituciones con un sentido centrado en la tradición social. Resaltando que México debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos. Por ello, surgió la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propuso mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención¹³².

Derivado del numeral 8 de la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* sobre “recibir atención médica en caso de urgencia”, en el Módulo de Rehabilitación estudiado, no recibimos urgencias propiamente dichas, entendidas como situaciones en que está en peligro la vida, un órgano o una función, sin embargo en apego al *principio de justicia y al principio terapéutico o de totalidad*, damos prioridad a los padecimientos que pudieran suponer un detrimento si se retrasa la rehabilitación institucional.

El *Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal* propone apegarse al “bien común” entendido como el hecho de dirigir “todas las decisiones y acciones del servidor público, a la satisfacción de las necesidades e intereses de la sociedad, sin permitir que influyan en sus juicios y conducta, intereses que puedan perjudicar o beneficiar a personas o grupos. (...) implica que esté consciente de que el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales”¹³³. Por ello, dentro del IMSS, corresponde a cada uno de los médicos que estamos implicados en la atención del paciente, seamos de primer contacto o especialistas, un correcto abordaje y canalización a los servicios de Rehabilitación para evitar la saturación y el diferimiento de citas, otorgando la atención médica y rehabilitación oportunas.

El *Código de Bioética para el Personal de Salud* refuerza lo anterior, recordando en su introducción, que estos Códigos constituyen un “sistema de reflexión moral, una constante llamada de alerta a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana (...), incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en la justa distribución y en su utilización”¹³⁴.

El punto 22 de este Código señala que “las instituciones de salud, de acuerdo con su nivel de atención, deberán proporcionar con oportunidad en calidad y cantidad suficientes, el equipo, instrumental, materiales de consumo y medicamentos que requiere el personal para proporcionar la adecuada atención” y resalta que además “el personal de salud puede expresar a las autoridades directivas y administrativas de la institución con toda libertad y respeto las ideas que considere pueden beneficiar a la institución y a los pacientes. Con este criterio, si un miembro del equipo de salud considera que algún reglamento o alguna ley

son injustos, pondrá su empeño en que las instancias modifiquen esas disposiciones por los canales debidos”¹³⁵. De lo cual se deduce que también es nuestra obligación como médicos, detectar áreas de oportunidad en la distribución y planeación de recursos en Rehabilitación para que en conjunto con las autoridades correspondientes se lleven a cabo estrategias que mejoren la calidad del servicio.

IV. DISCUSIÓN BIOÉTICA

El abordaje de los puntos de discusión bioética se exponen de acuerdo a los 7 problemas éticos identificados en el Módulo de Rehabilitación estudiado:

Problema ético 1: El paciente con incapacidad temporal para el trabajo, ¿tiene derecho a rechazar la terapia física institucional?

El *principio de autonomía* del paciente, reconocido desde el punto de vista legal y bioético, le confiere el derecho a rechazar el tratamiento institucional indicado, sin embargo, a este principio no deben supeditarse los demás, pues al ser un principio de obligación imperfecta, daría paso al principio del bien mayor. Desde este punto de vista, es recomendable explicarle al paciente que su terapia institucional puesto que es factible, constituye su bien mayor.

El tratamiento indicado en lesiones agudas, que generan incapacidad temporal para el trabajo, es la terapia física institucional. Sin embargo, de acuerdo a la valoración individualizada de cada paciente puede disponerse de otras alternativas terapéuticas, por ejemplo el programa de terapia en casa, cuya desventaja es que implica mayor tiempo de recuperación y retraso en la reincorporación laboral.

Bajo los *principios de veracidad y de responsabilidad*, debe brindarse información en un lenguaje claro sobre los supuestos anteriores, las complicaciones y secuelas, así como las consecuencias médicas de no aceptar el tratamiento institucional.

De acuerdo al *principio de beneficencia*, también contemplado en el Código de Bioética del Personal de Salud, no debe suspenderse la atención médica a pesar del rechazo a tratamiento, normalmente en estos casos, si el tratamiento fuera el único indicado, el médico podría declinar a hacerse cargo de ese paciente. En el caso del módulo de rehabilitación de la UMF estudiada, sería de gran trascendencia mantener la comunicación con el médico familiar responsable del paciente para continuar, a lo menos, el seguimiento con los recursos disponibles que el paciente acepte. De igual manera, si procede el alta a laborar y si es necesario, el paciente tiene derecho a continuar en vigilancia y seguimiento por Rehabilitación, mediante cita subsecuente.

Jurídicamente, la prestación del subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, tiene el objetivo de proveerle lo necesario para su recuperación, incluyendo el tratamiento de la

terapia física institucional. Rechazar esta terapia, constituiría también una *falta de subsidiariedad* el desaprovecharla, mientras otros pacientes la requieren.

Una *adecuada relación médico-paciente*, permite conocer los motivos del paciente y su familia sobre la decisión del rechazo al tratamiento, ya que estos mismos argumentos constituyen una herramienta de comunicación, que permite identificar los límites de la autonomía del paciente y encontrar la mejor opción terapéutica, de acuerdo a las circunstancias personales, familiares y laborales de cada derechohabiente.

La mayoría de los documentos jurídicos y bioéticos citan el “rechazo a tratamiento” como un derecho propio de enfermos, especialmente en etapa terminal en el caso de tratamientos fútiles, pero también en tratamientos indicados. Sin embargo, en esta población derechohabiente existe escasa literatura y debemos recordar que los documentos internacionales de Bioética no buscan necesariamente, el mayor bien factible, sino el acuerdo común, por ello son útiles como guía pero no como una norma ética.

Problema ético 2: La integración laboral de pacientes con secuelas temporales o discapacidad permanente, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud? ¿es ético darlos de alta?

Integración laboral de pacientes con secuelas temporales

Un correcto diagnóstico para identificar una secuela temporal o una discapacidad permanente, permitirá actuar con certeza en el proceso de reincorporación laboral de derechohabientes en el momento más benéfico para ellos. Resulta indispensable una buena comunicación de médicos familiares y Rehabilitación, para analizar cada caso y brindar la información necesaria al derechohabiente.

Los *principios de beneficencia y veracidad* en la toma de decisiones puede auxiliarse con herramientas, como las guías de práctica clínica y los consejeros médicos en formato escrito o electrónico, que contemplan enfermedades de acuerdo a la Clasificación Internacional CIE-10 y que correlacionan el tiempo de recuperación esperado según la actividad laboral, lo cual necesariamente debe ser ponderado con la valoración clínica.

Para ejercitar el *principio de no maleficencia*, es necesario contar con las valoraciones funcionales que realizan el servicio de Rehabilitación y Salud en el Trabajo, que contienen indicadores específicos para poder calificar al paciente rehabilitado como “apto o no para trabajar”.

De acuerdo al *principio de totalidad o terapéutico*, lo más importante es la individualización de cada caso en su contexto clínico y laboral, que permita justificar los cursos de acción fuera de lo ordinario o no contemplados en las GPC o manuales de procedimientos.

Según los *principios de justicia y de libertad-responsabilidad*, debe otorgarse una incapacidad temporal para el trabajo cuando las condiciones del paciente así lo requieran, y al mismo tiempo debe otorgarse el alta a laborar en el momento oportuno. Por lo anterior, es indispensable la identificación y manejo de ganancias secundarias, que pueden llevar al paciente a la simulación de síntomas, que tras una detallada exploración física no implican limitación para laborar.

Con base en el *principio de justicia*, el extender la incapacidad más allá de lo necesario resulta contraproducente para el paciente y sobre todo a la sociedad, por el trabajo al que el individuo coopera y el dinero que implica una incapacidad injustificada.

Es indispensable bajo los *principios de veracidad y de libertad-responsabilidad*, explicar al derechohabiente las circunstancias que motivan el alta laboral, la evolución natural y el pronóstico de su lesión, así como la importancia de integrarse a su vida cotidiana. Principalmente el trabajo, debería resultar motivante y fuente de estímulo para reincorporarse a la normalidad, sin embargo, desafortunadamente algunos pacientes no lo consideran así.

Integración laboral de pacientes con discapacidad permanente

El manejo de la discapacidad desde puntos de vista fragmentarios o exclusivamente médicos, dificulta el ejercicio del derecho al empleo como un Derecho Humano reconocido a nivel nacional e internacional, de modo que una correcta valoración integral de las personas con discapacidad, permitirá visualizar como la parte final de la rehabilitación su inclusión social y laboral.

El *principio de autonomía* sólo podrá ejercerse cuando se brinda la información necesaria para que el paciente tome una decisión, por lo cual debiera asegurarse la comprensión de estos derechos, y potenciar la participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones en materia laboral. De esta manera, la autonomía también implica el respetar las elecciones de los pacientes basadas en valores y creencias personales, evitando caer en el paternalismo.

Privar de estos beneficios a los pacientes y sus familias, constituiría *maleficencia e injusticia*, al lesionar sus intereses económicos y sociales.

La *beneficencia* en las personas con discapacidad debe distinguirse, según lo sugerido por Beauchamp y Childress, en beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia buscada en esta población debe ser positiva, al proveerle u orientarle a conseguir beneficios sociales y económicos como exigencia de la ética médica, no sólo como deseo por hacer el bien.

Por las circunstancias de vida actuales de las personas con discapacidad que dependen de recursos familiares y personales limitados o mendigan en las calles, es indispensable bajo el *principio de justicia*, el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona, máxime si es portador de una discapacidad.

Atendiendo al *principio terapéutico*, a pesar de lograr la inclusión laboral, es indispensable el seguimiento médico, incrementando la cobertura en el acceso a terapia física, rehabilitación psicológica y social, haciendo tangibles los Derechos Humanos a una vida digna, a la protección de la salud y al trabajo, ya que si no se integra a alguna actividad laboral, su percepción económica será menor y sus gastos, mayores.

Problema ético 3: La integración laboral de pacientes con mal pronóstico funcional, ¿atenta contra el derecho a la protección de la salud?

Bajo los principios de *no maleficencia* y *subsidiariedad*, deben identificarse los factores de mal pronóstico que precipitarán un deterioro funcional progresivo, en especial los relacionados al puesto de trabajo, pero también otros independientes a la actividad laboral, y según la evolución natural de algunas enfermedades (por ejemplo, reumáticas y degenerativas).

Debe ponerse especial cuidado en los diagnósticos de difícil confirmación, ya que no todo paciente sin diagnóstico preciso o con mala respuesta al tratamiento, está somatizando. En ello cobra relieve el *principio terapéutico o de totalidad*, que permitirá identificar los factores personales, familiares, laborales o sociales que intervienen en la manifestación y evolución de la enfermedad en cada paciente.

La aplicación del *principio de justicia* dentro de un sistema como el IMSS, responde a innumerables parámetros adversos y benéficos, dentro de los cuales se puede balancear una correcta atención médica que limite daños a futuro en lo posible, y detecte potenciales casos de Enfermedad de Trabajo y Riesgo de Trabajo. Ello permite un deslinde de responsabilidades que sea justo, en la medida de lo posible y permita otorgar el subsidio como derecho merecido a cualquier trabajador.

Siendo el derecho a la protección de la salud un ente constitucional velado a su vez por documentos internacionales de Bioética, resulta invaluable aplicar el *principio de veracidad*, para la detección de indicadores clínicos de buen y mal pronóstico de recuperación tras lesiones agudas o enfermedades crónicas, y distinguirlo de la percepción del paciente sobre mejoría/empeoramiento, para asegurar la limitación de daños a pesar de la incorporación laboral.

Problema ético 4: ¿Qué principios bioéticos entran en conflicto por errores médicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de lesiones agudas y enfermedades crónicas?

El acto médico implica la aplicación del conocimiento científicamente actualizado, observando los principios que rigen su ejercicio dentro de la normatividad vigente; es un

acto jurídico que impone obligaciones y derechos recíprocos, complementarios bilateralmente y con responsabilidades previstas por la Ley.

El médico no es infalible en su ejercicio profesional, mucho menos un semidiós que puede y debe resolver todos los problemas de salud de sus pacientes. Pero sí está obligado a poner su mejor empeño, diligencia, pericia, conocimientos, criterio y destreza cuidadosa en la atención de sus pacientes mediante: 1) el trabajo profesional en equipo 2) evitar complejos de arrogancia-autosuficiencia-egocentrismo, 3) solicitar ayuda en caso necesario, 4) corregir el daño cuando lo detecte y 5) humildad¹³⁶.

El oportuno diagnóstico y tratamiento de lesiones agudas, conlleva una serie de habilidades basadas no sólo en conocimientos médicos, sino también en el ejercicio de una ética profesional capaz de buscar *el mayor beneficio* del paciente con los recursos disponibles, reconociendo la necesidad de vigilancia estrecha o seguimiento oportuno en el nivel de atención correspondiente.

El impacto que generan los errores y omisiones en el diagnóstico y tratamiento, no sólo se limitan al aspecto *físico y emocional* del paciente, sino que trascienden a implicaciones *éticas y económicas* que redundan en perjuicio a nivel personal, familiar y social.

Las características y circunstancias en las cuales se brinda la información al paciente o sus familiares (clara, completa o suficiente, veraz, oportuna), es el punto clave para evitar o descubrir la solución a la mayoría de los problemas en la relación médico-paciente, incluso cuando el pronóstico del paciente sea sombrío. El paciente espera y merece (*principio de justicia*) el mayor esfuerzo e interés por recibir la ayuda necesaria ante un problema salud. Si su percepción es que la atención médica no ha sido adecuada, suficiente, oportuna o veraz (peor aún si existen pruebas de ello), siempre fincará la culpa de los malos o escasos resultados al personal de salud, sea o no certera su apreciación.

Por lo anterior, el análisis de quejas y la elaboración de recomendaciones ante estas deficiencias en la atención médica, deberá investigar a fondo la esencia del problema identificando, si lo hubiera, algún error médico y distinguiéndolo de la sola insatisfacción del paciente. Uno y otro aspecto se minimizan cuando se ejerce el acto médico con sentido ético y visión integral del enfermo, según el *principio de totalidad*.

Es de vital importancia el conocimiento y correcto uso de los términos jurídicos para narrar los hechos en cada dilema ético, siendo indispensable distinguir “lo inoportuno” de “lo insatisfactorio” o “inadecuado”, ya que incluso con base en esta distinción se deslindan responsabilidades jurídicas y éticas distintas.

La atención médica oportuna, con calidad y calidez, no debe brindarse sólo de acuerdo al cumplimiento de Normas éticas y jurídicas, sino buscando “lo mejor” para cada paciente (*principio de beneficencia*). La visión debe ser integral, no limitada a resolver lo inmediato, sino a procurarle una digna calidad de vida presente y futura (*principio terapéutico*).

Este tipo de planteamientos, abre la puerta a un llamado profundo sobre los valores éticos y morales, a la conciencia de cada médico, ya que la intención o motivación de sus acciones

sólo son conocidas por el mismo (a pesar de exponerse oficialmente ante alguna autoridad). Es un llamado a cultivar la relación médico-paciente, que equiparada a cualquier compleja relación humana, tendrá sus dificultades e insatisfacciones, a pesar de nuestro mayor esfuerzo y de una correcta actuación y toma de decisiones terapéuticas.

Problema ético 5: Bajo el principio de responsabilidad, ¿es válida la suspensión de atención médica por falta de apego a la terapia física?

El *principio de libertad y responsabilidad* plantea la proporcionalidad de derechos y obligaciones correspondientes tanto al médico como al paciente. Como ya se ha señalado, una adecuada, clara y oportuna información al paciente permite que el consentimiento bajo información pueda fungir como una herramienta jurídica y ética, que permita establecer las condiciones bajo las cuales el paciente acepta la modalidad terapéutica, y en su defecto, las consecuencias a las que se expone con el incumplimiento o falta de apego a indicaciones.

Atendiendo al *principio de beneficencia* es necesario aclarar que, en el caso de pacientes que reciben terapia física institucional, el hecho de incumplir a sus citas o no apeгarse a las indicaciones médicas, no conlleva la suspensión de la atención médica. Ello podría mal interpretarse como abandono al paciente o faltar a su derecho a la protección de la salud, ya que en caso necesario, deberá continuar la terapia física en su domicilio con seguimiento por su médico familiar.

Otro aspecto sobresaliente bajo los *principios de socialidad y subsidiariedad*, implican el hecho de desaprovechar los recursos materiales y humanos disponibles para otorgar la terapia física institucional a otros pacientes que lo ameritan.

Al analizar este problema ético, se detectó que el consentimiento bajo información empleado en el Módulo de Rehabilitación puede mejorarse, describiendo no sólo las condiciones anteriores, sino también los riesgos o daños imprevistos que puedan presentarse, los beneficios a obtener con la terapia, y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.

Problema ético 6: ¿Qué principios entran en conflicto por una deficiente información al paciente sobre el diagnóstico y pronóstico de patologías que producirán dolor crónico?

Para que el paciente pueda ejercer su *autonomía*, es indispensable que la información sea clara, completa, veraz y oportuna sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades cuyo principal síntoma será el dolor crónico o de difícil control, hasta la máxima comprensión de lo que su médico tratante sea capaz y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Para asegurar que el consentimiento sea válidamente informado según lo citado en la LGS Art. 77 bis 37, fracción IX. De igual manera deberán informarse los riesgos y beneficios esperados con el tratamiento indicado, según se señaló en el Código de Conducta del Personal de Salud.

El principio de *no maleficencia* señala la oportunidad con la que debe establecerse un diagnóstico y pronóstico certeros, que permitan el control y manejo de dolor crónico, incluso siendo compatible con la actividad laboral. El hecho de capacitar al paciente para aprender a controlar el dolor crónico con medios físicos y analgésicos, permite mejorar la apreciación de “injusticia” que manifiestan los pacientes, cuando comprenden que dicho dolor no equivale a una limitación funcional que amerite una incapacidad laboral.

Bajo el *principio de justicia* deben identificarse situaciones de ganancias secundarias, para administrar correctamente entre la población que lo requiera, los beneficios que otorga el subsidio, la atención de especialidad médica y la prestación de terapia física institucional.

Según el *principio de beneficencia y totalidad*, debe llevarse un seguimiento regular que permita acompañar al paciente y su familia en la adecuación de sus condiciones físicas, con la mejor calidad de vida posible, así como el descarte de otros diagnósticos no contemplados inicialmente.

El *principio de veracidad* incluso nos confrontaría a explicar al paciente la existencia de alternativas aunque quizá no estén disponibles institucionalmente, para que haciendo uso de su *autonomía* se pudiera beneficiar de ellas.

Cuando la rehabilitación agota los recursos que pueden ofrecerse al paciente para el manejo de dolor crónico, es un *principio de beneficencia y justicia*, referirlo al especialista que convenga y con ello, bajo el *principio de subsidiariedad*, disponer de terapia física y seguimiento médico para otros pacientes que lo requieran.

Problema ético 7: ¿Cómo aplicar el principio de justicia, en la distribución y planeación de recursos ante la oferta y demanda de atención en Rehabilitación?

Las patologías musculo-esqueléticas tendrán como tratamiento indicado la mayoría de las veces, el tratamiento rehabilitador, sin embargo, de acuerdo a los recursos humanos y técnicos disponibles debe priorizarse la atención médica a trabajadores incapacitados, por el impacto económico que representan, siempre y cuando también se vele por los pacientes pensionados o jubilados, a la luz del principio de *justicia*.

Ante todo la justa distribución de recursos debe enfocarse en la prevención. Y cuando a pesar de ella, acontecen las enfermedades agudas o crónicas, debe según el *principio de subsidiariedad*, dársele más a quien más lo requiera.

Como un esfuerzo institucional por proveer el servicio oportuno de acuerdo a la patología que requiere rehabilitación, se han diseñado las GPC. Estas contienen especificaciones claras sobre la referencia de pacientes al módulo de Rehabilitación, cuando el manejo inicial indicado por el médico familiar ha tenido escasos resultados.

Con respecto a enfermedades crónicas, debe resaltarse el *principio terapéutico* y el de *libertad-responsabilidad*, para fincar las mutuas obligaciones en la relación médico-paciente. Así aseguramos, por una parte el seguimiento médico rehabilitatorio de patologías a mediano y largo plazo, mientras que el paciente aprende a conocer su enfermedad, a controlar los eventos agudos, a detectar signos de alarma y a prevenir los factores precipitantes en lo posible.

CONCLUSIONES

1. En la problemática de pacientes incapacitados que rechazan la terapia física institucional, *el principio de autonomía* no absolutiza el derecho a este rechazo, sino que deben tomarse en cuenta otros principios:

- a. El paciente ha recibido la información clara y precisa (*principio de veracidad*), para comprender que el mejor tratamiento disponible implica el esfuerzo por acudir a terapia, a pesar de las dificultades que ello implican,
- b. Ejercer su derecho a este tratamiento implica la obligación de aprovecharlo, de acuerdo al *principio de subsidiariedad y responsabilidad*,
- c. En caso de rechazarlo, bajo el principio de *beneficencia*, es recomendable el seguimiento periódico por medicina familiar o rehabilitación, si lo amerita.

2. La reincorporación laboral de pacientes con secuelas temporales y el abordaje de pacientes con mal pronóstico funcional (problemas éticos 2 y 3), implican procesos de comunicación del equipo de salud con el paciente. Esto pueden facilitarse, si a la luz de los *principios de no maleficencia y justicia*, se aborda cada caso con un correcto diagnóstico y tratamiento, que permita identificar las necesidades del paciente y según proceda: su recuperación funcional, su integración a la vida cotidiana con los beneficios que ello aporta, o la minimización de factores adversos. Cuando el paciente presenta una discapacidad permanente, se realiza el trámite de pensión que corresponde y además, debe buscarse la inclusión e integración laboral. Cuando se prevé que el paciente recaiga debido a factores laborales, debe procederse al protocolo de probable Enfermedad de Trabajo.

3. En cuanto a los errores médicos, como riesgo inherente al ejercicio de la profesión, ha de buscarse que nuestra atención al paciente sea oportuna, con calidad y calidez, no sólo en cumplimiento a normas jurídicas y principios éticos, sino buscando siempre “lo mejor” para cada paciente (*principio de beneficencia*) bajo una visión integral (*principio de totalidad*), no limitada a resolver lo inmediato, sino a procurarle una digna calidad de vida presente y futura. La exigencia al médico, no es la perfección absoluta, sino la máxima correspondencia técnica y humana posible, a la confianza que el paciente deposita en nosotros.

4. La suspensión de terapia por inasistencias, se justifica bajo el *principio de libertad-responsabilidad* inicialmente aceptado por el paciente en el consentimiento informado como manifestación de su *autonomía*, sin que ello implique la suspensión de atención médica, en caso necesario (*principio de no maleficencia*).

5.El ejercicio pleno del *principio de autonomía* depende de la calidad de la información que se brinda al paciente, lo cual dota al consentimiento informado de validez. Por otra parte, una esmerada relación médico-paciente producirá *beneficios* tanto al paciente, como a su familia, su lugar de trabajo (*principio de totalidad*), al mismo IMSS y a la sociedad (*principio de socialidad*) si se logra el objetivo de establecer un proceso de enseñanza-aprendizaje para el manejo de dolor crónico mediante modificaciones a su estilo de vida y el apego al programa terapéutico en casa o institucional, cuando se requiera.

6. Para una eficiente distribución de los recursos disponibles en Rehabilitación es indispensable conocer a la población beneficiaria, para lograr priorizar su atención de acuerdo a sus necesidades, a la luz de los principios de *justicia, beneficencia y subsidiariedad*.

REFERENCIAS

¹ “Historia de la Rehabilitación en México”. Disponible en:

<http://rehabilitacion.org.mx/index.php/quienes-somos/historia> [consultado el 16 de julio 2014].

² “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” [en línea]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> [consultado el 17 julio 2014]. La cita corresponde al artículo 12. En México, dicho Pacto entró en vigor el 23 de junio de 1981.

³ Soberanes Fernández JL. “La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos” Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/357/14.pdf> [consultado el 26 julio 2014]

⁴ Onofre Muñoz-Hernández, et al., (2005). “Sistemas de salud, un producto social”. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 43 (5): 411-7.

⁵ “Esperanza de vida en México”. Disponible en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> [consultado el 16 agosto 2014]

⁶ Organización Mundial de la Salud. (2012). “10 datos sobre discapacidad” [en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/index.html>. [consultado el 17 de junio 2013].

⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social (2004). Servicios de rehabilitación en unidades de medicina familiar. Programa de Difusión. *Rev Med IMSS* 2-12: 19-22.

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación del 21 de diciembre de 1995 y en vigor a partir del 1 de julio de 1997. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compil211295.html>

⁹ Guzmán-González JM (2004). Editorial: Servicios de rehabilitación en unidades de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 42(5): 369.

¹⁰ Paredes Soberanes ML (2013). Procedimiento para la atención ambulatoria y en hospitalización del paciente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los tres niveles de atención. Clave 2680-003-001.

¹¹ *Ibid.*, p. 34

¹² *Ibid.*, p. 5

¹³ Miranda, A. (2013). “Informe de Resultados de Gestión y Desempeño con base en el Sistema de Gestión de Calidad bajo el Modelo de Calidad, Efectividad y Resultados Institucionales”. Sesión general del día 12 de septiembre del 2013.

¹⁴ “Reconoce IMSS labor de Saldívar en la salud” [en línea]. Disponible en: <http://www.puntomedio.org/438reconoce.php>. [consultado el 13 junio 2013].

- ¹⁵ Diccionario de la Real Academia Española [en línea] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=problema> [consultada el 16 de julio 2014].
- ¹⁶ Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética (2012) Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, pp. 33-9.
- ¹⁷ Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. (2005). "Developing countries and bioethical research". *NEJM*, 353(8): 852-3.
- ¹⁸ Bedolla, M. (2004). "Teaching ethics. Mexican Americans and self-determination". *Formos J Med Humanit*, 3-13.
- ¹⁹ Lifshitz, A., (2007). "Influencia de la bioética en la ética clínica". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 45 (3): 209-11
- ²⁰ Tena Tamayo, *et al.* (2003). "Error y conflicto en el acto médico". *Rev Med IMSS* 41 (6): 461-3.
- ²¹ *Ibid.*, p. 462.
- ²² Hays RB, Jolly BC, Caldom LJ, Crorie P. (2002) "Is insight important? Measuring capacity to change performance". *Medical Education* 36: 965-71.
- ²³ Valdez-Martínez *et al.*, (2007). "Los comités de ética clínica en el IMSS". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 45(3): 265-8.
- ²⁴ *Ibid.*, p. 267.
- ²⁵ Beauchamp TL y Childress JF. (1979). "Principles of biomedical ethics". Oxford Univ. Press, 1ª ed.
- ²⁶ Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, "Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación", en Casado M y cols. (2004). "Las leyes de la bioética". Ed. Gedisa, 85-111.
- ²⁷ Ross WD. (1930). "The right and the good". Oxford University Press, citado por Viesca C. (2007). "Bioética. Conceptos y métodos". Diálogos de Bioética, p. 28.
- ²⁸ Palazzani L. (1993). "La fundamentación personalista en Bioética" publicado en Cuadernos de Bioética, 14: 48-54. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/la-fundamentacion-personalista-en-bioetica-lpalazzani/>
- ²⁹ Serrano Ruiz-Calderón JM (2003). "Los principios de la Bioética" en *Cuadernos de Bioética*, 12: 23-33. Conferencia pronunciada en el Seminario de formación sobre Bioética el 27 de febrero de 1993. Disponible en: http://eprints.ucm.es/11720/1/Los_principios_de_la_Bioetica.pdf
- ³⁰ **Nota:** en esta tesis se registra el Número de Seguridad Social de cada paciente para mostrar las fuentes de origen de la información, al ser un trabajo de aprendizaje para la titulación. Sin embargo, en las publicaciones que de ella deriven no se mostrarán estos datos para respetar la confidencialidad de los pacientes.
- ³¹ Echevarría-Zuno S *et al.* (2009). "Incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 47(5): 565-74.
- ³² Secretaría de Salud. "Ley General de Salud". Capítulo IX. Derechos y Obligaciones de los beneficiarios. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3bis.htm
- ³³ Instituto Mexicano del Seguro Social. "Ley del Seguro Social". Capítulo III. Del seguro de riesgos de trabajo. Última reforma al artículo 50 en el Diario Oficial de la Federación el 20-12-2001. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/1211295.html>
- ³⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006). "Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS" publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de noviembre de 2006. Capítulo VI: De la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados del régimen obligatorio. La cita corresponde al artículo 137. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4045_RPMIMSS.pdf
- ³⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

-
- ³⁶ UNESCO (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos publicada el 19 de octubre de 2005. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/6_INTL_Dec_Universal_Bioetica_y_Der_Humanos.pdf
- ³⁷ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”. Capítulo II. Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html>
- ³⁸ *Ibid.*, Capítulo V. Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes.
- ³⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001). “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc
- ⁴⁰ Organización de Naciones Unidas (1948). “Declaración Universal de Derechos Humanos” de la Asamblea General de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ⁴¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001). “Carta de los Derechos Generales de los Médicos”. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_tlaxcala/conocenos/pdf/derechoMedicos.pdf
- ⁴² Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Conducta para el Personal de Salud” Apartado II.1. Estándares de trato profesional (punto 27). Disponibles en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html
- ⁴³ Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, nota 32, título noveno: asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t9.htm>
- ⁴⁴ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”. Capítulo VIII. Disposiciones para la Prestación de Servicios de Rehabilitación. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
- ⁴⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. “Ley del Seguro Social”, *op.cit.*, nota 33, Capítulo III Del seguro de riesgos de trabajo. Sección tercera: De las prestaciones en dinero.
- ⁴⁶ *Ibid.*, Capítulo IV Del seguro de enfermedades y maternidad, artículo 96.
- ⁴⁷ Egea G, Sarabia S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Artículos y notas IMSERSO, p. 15-30.
- ⁴⁸ “Ley Federal del Trabajo”. Título Noveno: riesgos de trabajo. Última Reforma en el DOF 30-11-2012. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>
- ⁴⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social. “Ley del Seguro Social”, *op.cit.*, nota 33, artículo 58.
- ⁵⁰ Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, nota 32, artículo 174, fracción VII.
- ⁵¹ Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos por Quinn G, Degener T. (2002). “Derechos humanos y discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad”. HR/PUB/02/1, pág. 15 y 20.
- ⁵² Organización de Naciones Unidas (1948). “Declaración Universal de Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 40, artículo 23.
- ⁵³ Secretaría de Gobernación. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2014). “Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”. Última reforma publicada DOF 20-03-2014. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/LFPED_web_ACCSS.pdf. La cita corresponde al artículo 1 fracción III.
- ⁵⁴ *Ibid.*, artículo 4°.
- ⁵⁵ *Ibid.*, artículo 9°, fracciones IV y V reformadas en el DOF 20-03-2014
- ⁵⁶ “Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad”. Capítulo II Trabajo y empleo, artículo 11. Publicada en el DOF 30-05-2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>

⁵⁷ Secretaría de Desarrollo Social. “Ley General de las Personas con Discapacidad”. Capítulo II Del trabajo y la capacitación, artículo 9. Publicada en el DOF 10-06-2005. Disponible en: http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/id_ley_graldiscapacidad.pdf

⁵⁸ Organización de las Naciones Unidas. (2006). “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

⁵⁹ Organización de los Estados Americanos. (1999). “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”. Artículo III. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

⁶⁰ Organización Internacional del Trabajo. Convenios y Recomendaciones sobre Discapacidad y Trabajo. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/skills-knowledge-and-employability/disability-and-work/lang--es/index.htm>

⁶¹ Organización de las Naciones Unidas. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Apartado II Esferas previstas para la igualdad de participación, Artículo 7. Empleo y sus correspondientes fracciones. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=499#part2>

⁶² Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, nota 32, artículo 77 bis 38.

⁶³ *Ibid.*, Título noveno, Artículo 174. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t9.htm>

⁶⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. “Ley del Seguro Social”, *op.cit.*, nota 33, artículos 91 y 92.

⁶⁵ *Ibid.*, artículo 110.

⁶⁶ *Ibid.*, artículo 50.

⁶⁷ *Ibid.*, artículo 119. Sección segunda Del ramo de invalidez.

⁶⁸ Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica. (2009). “Guías de Práctica clínica” [en línea] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/index.aspx>. [consultada el 17 de junio 2013].

⁶⁹ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC (2009). Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Túnel del Carpo en el Primer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de GPC:IMSS-043-08. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/043_GPC_Tunel_Carpo/IMSS_043_08_EyR.pdf. Las citas se encuentran en las pp. 16 y 24.

⁷⁰ Secretaría de Salud, CENETEC (2013). Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento del Síndrome del Manguito Rotador. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de GPC: IMSS-617-13. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_617_13_SXDEMANGUITOROTADOR/617GER.pdf. Las citas se encuentran en la pp.11-13.

⁷¹ Secretaría de Salud, CENETEC (2010). Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide del Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de GPC: IMSS-195-08. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/195_ARTRITIS_REUMATOIDE/Artritis_reumatoide_EVR_CENETEC.pdf. Las citas se encuentran en las pp.27, 45, 59.

⁷² UNESCO (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, *op.cit.*, nota 36, artículo 8.

⁷³ Organización de Naciones Unidas. (1976). “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor el 3 de enero de 1976. Disponible en:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

⁷⁴ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 37.

⁷⁵ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, *op.cit.*, nota 44.

⁷⁶ Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, artículo 51 en el Capítulo IV Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm>

⁷⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. “Ley del Seguro Social”, *op.cit.*, nota 33, artículo 2°.

⁷⁸ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, *op.cit.*, nota 44, artículo 9.

⁷⁹ *Ibid.*, artículo 29.

⁸⁰ *Ibid.*, artículo 21.

⁸¹ *Ibid.*, artículo 48.

⁸² Código Civil Federal (2013). Últimas Reformas DOF 24-12-2013. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_241213.pdf. La cita corresponde a la p. 177, artículo 1910.

⁸³ Código Penal Federal (2015). Última reforma publicada el 12 de marzo de 2015. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_120315.pdf. La cita corresponde a la p. 69, artículos 228 y 229.

⁸⁴ Organización de Naciones Unidas (1948). “Declaración Universal de Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 40, artículo 25.

⁸⁵ UNESCO (2005). “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 36, artículo 14, número 2.

⁸⁶ *Ibid.*, artículo 18, número 1.

⁸⁷ Organización de Naciones Unidas. (1976). “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, *op.cit.*, nota 73, artículo 12.

⁸⁸ Organización de Estados Americanos. (1988). “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador””. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

⁸⁹ Secretaría de la Función Pública, de aplicación a todos los Servidores Públicos de la Secretaría de Salud. (2002). “Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal”. Publicada en el DOF 31-07-02. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/Codigo_de_etica_de_los_Servidores_Publicos_de_la_Administracion_Publica_Federal.pdf

⁹⁰ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 37, número 1 del capítulo I Principios Básicos.

⁹¹ *Ibid.*, número 6 del capítulo II Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud.

⁹² *Ibid.*, número 8 del mismo capítulo.

⁹³ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Conducta para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 42, punto 7 del Apartado II.1. Estándares de trato profesional.

⁹⁴ *Ibid.*, punto 9 del mismo apartado.

⁹⁵ *Ibid.*, punto 10 del mismo apartado.

⁹⁶ *Ibid.*, punto 27 del mismo apartado.

⁹⁷ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001). “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, *op.cit.*, nota 39, número 1.

⁹⁸ *Ibid.*, número 3.

⁹⁹ Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en

el Distrito Federal. Última reforma publicada DOF 19-08-2010. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208.pdf>. La cita del artículo 33 se encuentra en la p.6.

¹⁰⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. “Ley del Seguro Social”, *op.cit.*, nota 33, artículo 99.

¹⁰¹ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, *op.cit.*, nota 44, artículo 49.

¹⁰² Instituto Mexicano del Seguro Social. (2006). “Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS”, *op.cit.*, nota 34, artículo 149, p. 20.

¹⁰³ Organización de Naciones Unidas (1948). “Declaración Universal de Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 40, artículo 29, punto 1. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

¹⁰⁴ UNESCO (2005). “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 36, artículo 5.

¹⁰⁵ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 37, número 13 del capítulo III El enfermo como Centro de Interés de la Bioética.

¹⁰⁶ *Ibid.*, número 33 del capítulo V Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes.

¹⁰⁷ Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, nota 32, artículo 77 bis 37, fracción V. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3bis.htm

¹⁰⁸ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Conducta para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 42, punto 1 del apartado II. Disponibles en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html

¹⁰⁹ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, *op.cit.*, nota 44, artículo 29. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

¹¹⁰ UNESCO (2005). “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 36, artículo 6. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/6_INTL_Dec_Universal_Bioetica_y_Der_Humanos.pdf

¹¹¹ *Ibid.*, artículo 18 – Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas, punto 1.

¹¹² *Ibid.*, artículo 18 – Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas, punto 2.

¹¹³ Secretaría de la Función Pública. (2002). “Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal”, *op.cit.*, nota 89.

¹¹⁴ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 37, numeral 9 del capítulo II. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html>

¹¹⁵ *Ibid.*, numeral 14 del capítulo III.

¹¹⁶ *Ibid.*, numeral 31 del capítulo V.

¹¹⁷ *Ibid.*, numeral 33 del mismo capítulo.

¹¹⁸ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Conducta para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 42, apartado II. Disponibles en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html

¹¹⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001). “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, *op.cit.*, nota 39, puntos 3, 5 y 7. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc

¹²⁰ Dieterlen P. “Justicia distributiva y Derechos Humanos”. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3101/2.pdf>

¹²¹ Walzer M. (1995). “Esferas de la justicia”. Fondo de Cultura Económica.

¹²² Dieterlen P. “Justicia distributiva y Derechos Humanos”, *op.cit.*, nota 120, p. 21.

¹²³ Daniels N. “Just Health Care” Cambridge University Press, p. 26.

¹²⁴ Secretaría de Salud. “Ley General de Salud”, *op.cit.*, nota 76, artículo 23 del capítulo I sobre Disposiciones Comunes.

¹²⁵ *Ibid.*, artículo 24.

¹²⁶ *Ibid.*, artículo 27, fracción III.

¹²⁷ Secretaría de Salud. “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”, *op.cit.*, nota 44, artículo 13 del capítulo I Disposiciones Generales.

¹²⁸ *Ibid.*, artículo 14.

¹²⁹ *Ibid.*, artículo 15.

¹³⁰ *Ibid.*, artículo 26.

¹³¹ Reed P. Disability duration guidelines. Reed Group Ltd. Disponible en: <http://www.mdguidelines.com/easyaccess/low-back-pain> [consultado el 2 octubre 2013]. Se ejemplifica en la página de internet, la pauta recomendada para un paciente con lumbalgia. De manera, que durante la consulta médica externa, según el diagnóstico del paciente, se busca la recomendación del manejo y días de incapacidad de acuerdo al esfuerzo que el paciente debe realizar en su actividad laboral.

¹³² Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001). “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, *op.cit.*, nota 39.

¹³³ Secretaría de la Función Pública. (2002). “Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal”, *op.cit.*, nota 89.

¹³⁴ Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. (2002). “Código de Bioética para el Personal de Salud”, *op.cit.*, nota 37, introducción del Código.

¹³⁵ *Ibid.*, punto 26.

¹³⁶ Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. Por Bertrand PM, “El error médico”, p. 6. Disponible en:

http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/error_medico.pdf