

# EL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA

Dra. Silvia Allende Perez  
Mtra. Bioética, UP  
Jefe del Servicio de Cuidados Paliativos  
Instituto Nacional de Cancerología  
México.



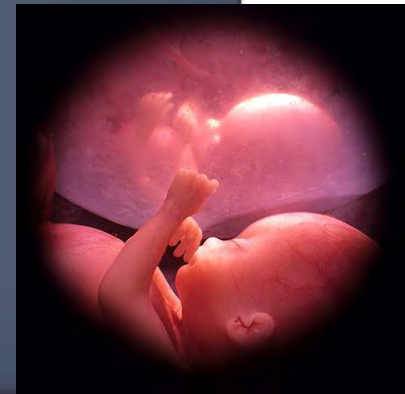
**“ se vive como a la sombra de  
la muerte, entre los dolores  
del alma y los dolores del  
cuerpo “**

***Asclepios.***

## Comité Hospitalario de Bioética

La atención médica lleva implícito el principio ético de respeto y servicio al ser humano, en particular al paciente, mediante la salvaguarda de su dignidad, derechos humanos y libre albedrío.

- Profesionales de la salud y técnicos
- Cambiantes y dinámicas
- Nuevas tecnologías (factores internos y externos)



## Comité Hospitalario de Bioética

- El *Comité Hospitalario de Bioética* se comprende como un espacio en donde el ambiente de libertad y tolerancia fomenta la:
  - reflexión,
  - deliberación y
  - educación,
- Se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que pudiesen surgir durante el proceso de la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de salud.
- Se conforman como órganos autónomos, institucionales, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo.



## Comité Hospitalario de Bioética

### ASPECTOS ETICOS

- **RESPECTO A LA VIDA**
- **RESPECTO A LA AUTONOMIA**
- **JUSTO USO DE LOS RECURSOS**
- **DIGNIDAD PERSONALIDAD**
- **LOS TRATAMIENTOS QUE PROLONGAN LA VIDA.**



# Abordajes de la Medicina



## Comité Hospitalario de Bioética

### PROBLEMAS ACTUALES

- **Hospitales no adaptados para enfermos terminales**
- **Carencia en la asignación de recursos para medicamentos y cuidados domiciliarios**
- **Carencia de recursos económicos para desarrollo de los programas e investigación.**



Cuidar es también escuchar y confortar al enfermo

**Economist Intelligence Unit** | The Economist

# The quality of death

## Ranking end-of-life care across the world

A report from the Economist Intelligence Unit

Commissioned by



© Economist Intelligence Unit 2010

**Figure 1**  
Overall score



Source: Economist Intelligence Unit.



# Comité Hospitalario de Bioética

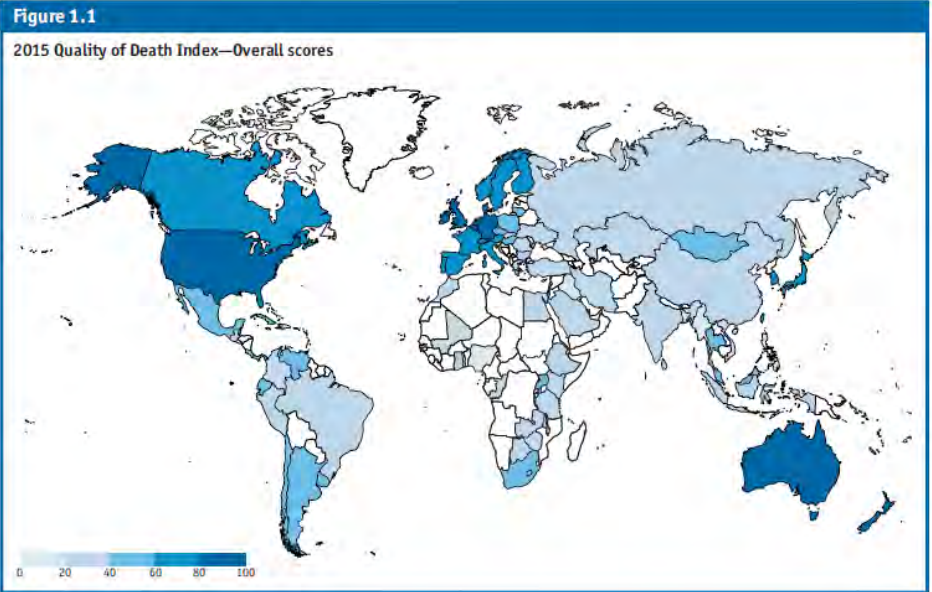
The Economist Intelligence Unit

## The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world

A report by The Economist Intelligence Unit

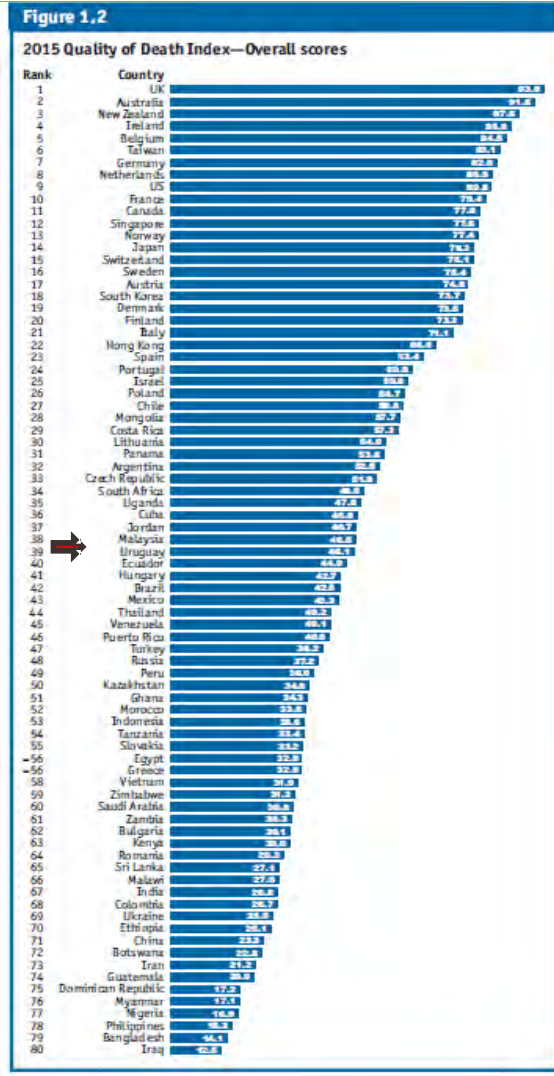
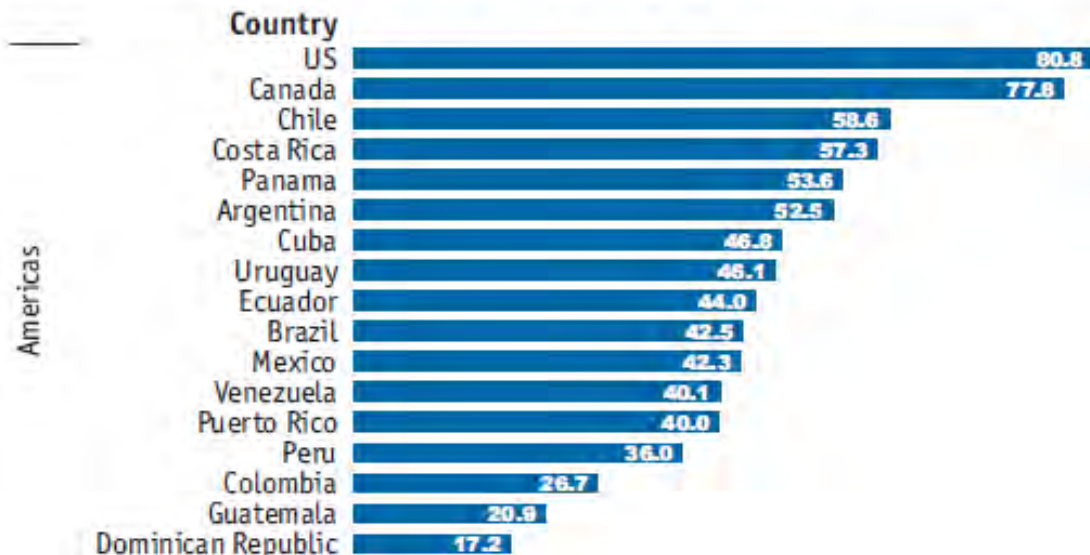


Commissioned by  
 LIEN  
foundation



# Comité Hospitalario de Bioética

## 2015 Quality of Death Index—Ranking by region



## INICIATIVA : MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS /OMS

**Enero de 2014, el Consejo Ejecutivo de la OMS adoptó una resolución, donde exhorta integrar a los cuidados paliativos a los sistemas de salud.**

### POLITICA GLOBAL

Políticas del sistemas de salud

Recursos  
(Humanos,  
Infraestructura, etc.)



Accesibilidad de  
opioides

Implementación de modelos y  
servicios eficaces

## OMS y Cuidados Paliativos

Impulso de la OMS de los cuidados paliativos hace más de dos décadas, 80's:

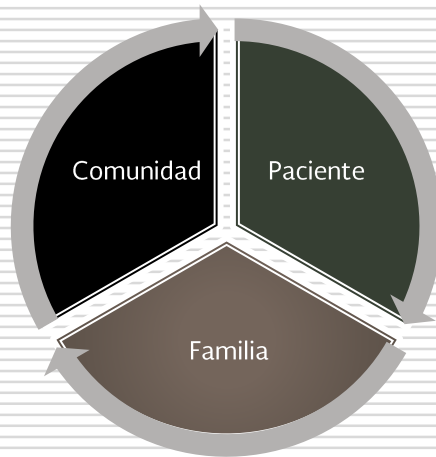
Australia, Canadá, Chile, China, Costa Rica, Cuba, Dinamarca, Eslovenia, España, Francia, Hungría, India, Irlanda, Mongolia, Noruega, Reino Unido, Rumania, Polonia, Singapur, Suiza, Sudáfrica, Uruguay, Uganda y Vietnam



2006: 15% de los países del mundo lo habían hecho

## CARTA DE PRAGA 2012

### Palliative Care – A Human Right



**Carta de Praga: Se urge a los gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano.**

**La falta de provisión de cuidados paliativos por los gobiernos puede considerarse también trato cruel, inhumano o degradante.**

# Cuidar cuando Curar..... No es posible



- El derecho a no ser sometido a tortura, tratos crueles, inhumanos degradantes o castigos es un derecho humano fundamental.
- Este derecho crea una obligación positiva en los estados para proteger a las personas en su jurisdicción de la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes y del castigo.
- El no acceso al alivio del dolor amenaza este derecho fundamental

UN: Universal Declaration of Human Rights. UN Doc A/810. UN 1948. 70. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment: GA Res. 39/46, Annex. 39 UN GAOR Supp. No. 51 at 197.  
<http://www.hrw.org/reports/2014/10/28/care-when-there-no-cure>

## LEY GENERAL DE SALUD. ACTUALIZACIÓN 1° DE NOVIEMBRE DE 2013

### Decreto que la reforma en materia de prestación de servicios de atención médica



Ley General de Salud  
un título octavo bis  
titulado **“De los  
cuidados paliativos  
a los enfermos en  
Situación Terminal”**,

## LEY GENERAL DE SALUD. ACTUALIZACIÓN 1° DE NOVIEMBRE DE 2013

*Decreto que la reforma en materia de prestación  
de servicios de atención médica.*

*Disposiciones para la Prestación de Servicios de  
Cuidados Paliativos*

**Artículo 138 Bis 2**, define como **PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS**:

El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el **médico tratante**, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario.



## MEJORA DEL ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

### ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?



### ¿CUÁNDO SON NECESARIOS?



### ¿QUIÉNES LOS NECESITAN?

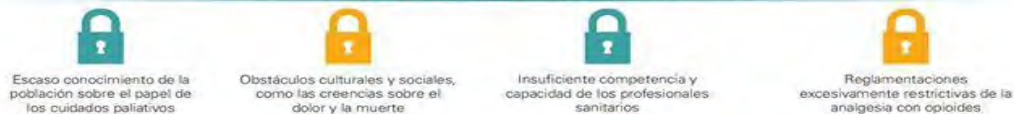
De los **40 millones** de personas que necesitan cuidados paliativos cada año:



### ¿CUÁLES SON LAS DEFICIENCIAS?



### ¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS?



### ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PAÍSES?

Aplicar la resolución WHA67.19 sobre cuidados paliativos de la Asamblea Mundial de la Salud de 2014, mediante:

LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS NACIONALES



- Revisar las leyes y procedimientos para mejorar el acceso a la analgesia con opioides
- Incluir los cuidados paliativos en la formación de los profesionales sanitarios
- Proporcionar servicios de cuidados paliativos, en particular a través de los centros de atención primaria y los hogares

## MEJORA DEL ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

### ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?



### ¿CUÁNDO SON NECESARIOS?



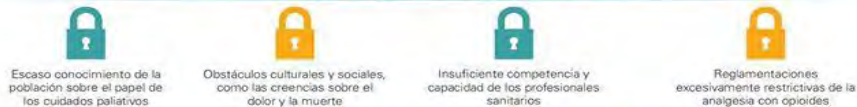
### ¿QUIENES LOS NECESITAN?



### ¿CUÁLES SON LAS DEFICIENCIAS?



### ¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS?



### ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PAÍSES?

Aplicar la resolución WHA67.19 sobre cuidados paliativos de la Asamblea Mundial de la Salud de 2014, mediante:

LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS NACIONALES

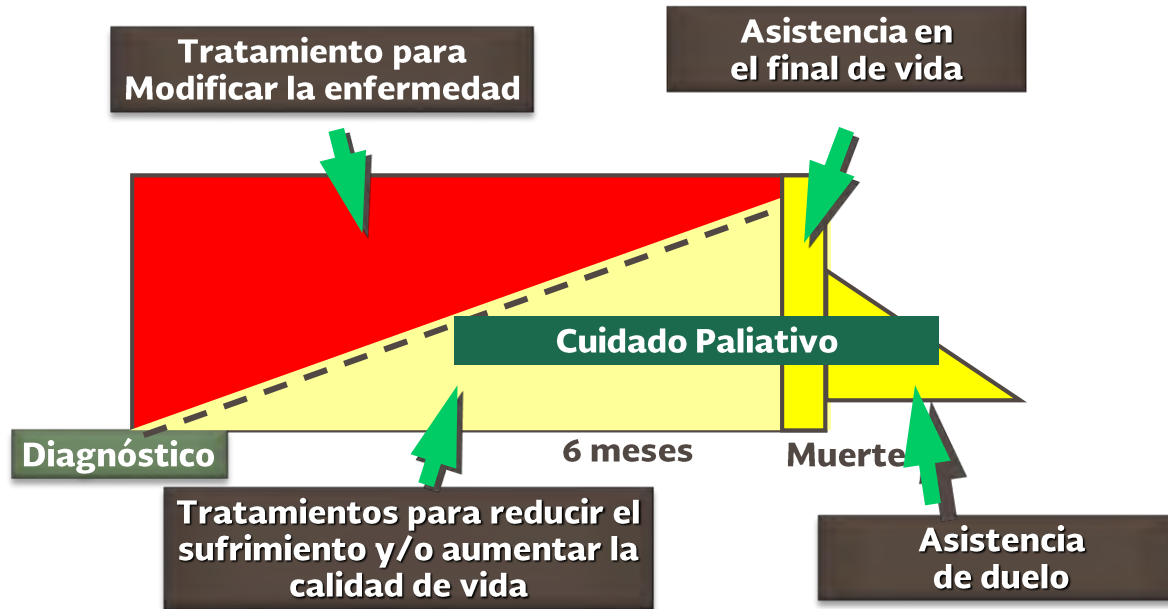


Revisar las leyes y procedimientos para mejorar el acceso a la analgesia con opioides

Incluir los cuidados paliativos en la formación de los profesionales sanitarios

Proporcionar servicios de cuidados paliativos, en particular a través de los centros de atención primaria y los hogares

## ...Cuidado Paliativo...



Ferris FD, Balfour HM, Bowen D, Farley J, Hardwick M; Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.

# Cuidados Paliativos en México

## Marco Normativo

- **Constitución:** Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- **Ley General de Salud en materia de Cuidados Paliativos:** Artículo 166Bis de 2009
- **Reglamento:** En Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a partir de la reforma de noviembre de 2013
- **NOM de Cuidados paliativos:** NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014,
- **Acuerdo del consejo de salubridad:** DOF Dic 2014.



## **PUBLICACIÓN EN DOF: 26 DE DICIEMBRE DEL 2014**

**«Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos»; misma que, para brindar una debida certeza jurídica, se incluyó como anexo único del presente acuerdo.**

Viernes 26 de diciembre de 2014

DIARIO OFICIAL

(Tercera Sección)

### **TERCERA SECCION**

#### **CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

**ACUERDO** por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3o., fracciones II y XXVII Bis, 4, fracción II y 17, fracción VI, de la Ley General de Salud y 1, 9, fracciones II y VI y 10, fracción VIII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

**CAPÍTULO 1**  
**Contexto y**  
**generalidades del**  
**manejo del dolor y**  
**cuidados paliativos**

**CAPÍTULO 2**  
**Modelos de atención**

**CAPÍTULO 3**  
**Manejo sintomático**

**ACUERDO POR EL QUE EL  
CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL  
DECLARA LA  
OBLIGATORIEDAD DE LOS  
ESQUEMAS DE MANEJO  
INTEGRAL DE CUIDADOS  
PALIATIVOS, ASÍ COMO  
LOS PROCESOS  
SEÑALADOS EN LA GUÍA  
INTEGRAL DE CUIDADOS  
PALIATIVOS, MISMA  
QUE, PARA BRINDAR  
UNA DEBIDA CERTEZA  
JURÍDICA, SE INCLUYE  
COMO ANEXO ÚNICO DEL  
PRESENTE ACUERDO.**

**CAPÍTULO 4**  
**Consideraciones**  
**bioéticas**

**CAPÍTULO 5**  
**Marco regulatorio**

**CAPÍTULO 6**  
**Formación de**  
**recursos humanos**

# **CUIDADOS PALIATIVOS**



**MANEJO  
SINTOMÁTICO  
EVALUACIÓN,  
MANEJO  
TERAPÉUTICO,  
MONITOREO.**



**CONSIDERACIONES  
BIOÉTICAS**

**AVANCE CIENTÍFICO,  
TECNOLÓGICO CON  
NECESIDADES,  
PREFERENCIAS Y PLAN  
DE VIDA DE LOS  
PACIENTES.**



**MARCO  
REGULATORIO**

**LEY GENERAL DE  
SALUD**

**Artículo 226  
LIBROS DE CONTROL  
RECETARIOS  
ELECTRÓNICOS**



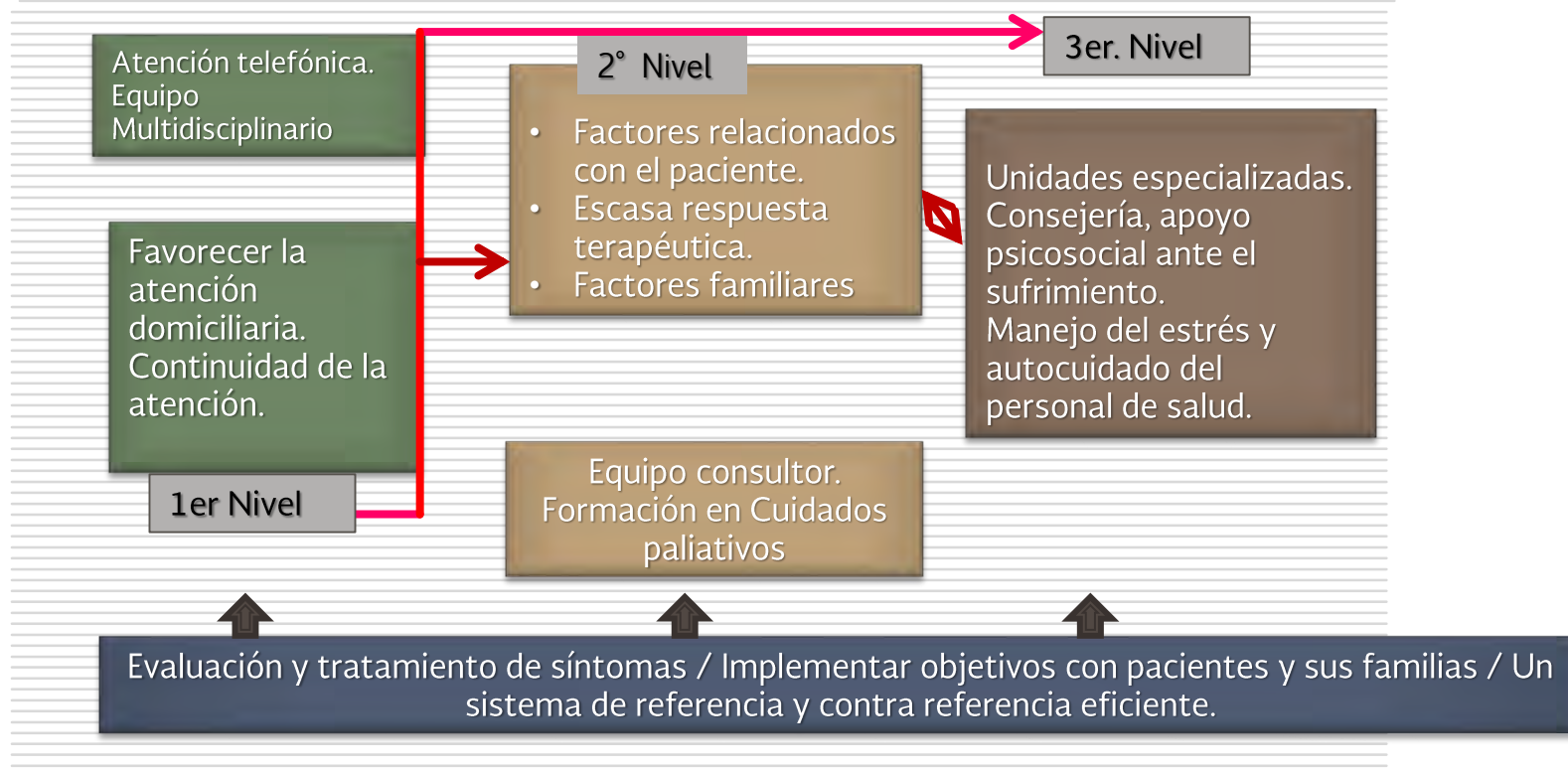
**FORMACIÓN DE  
RECURSOS  
HUMANOS**

**AVAL ACADÉMICO Y  
CUIDADOS  
PALIATIVOS EN  
CURRÍCULO DE  
PREGRADO**



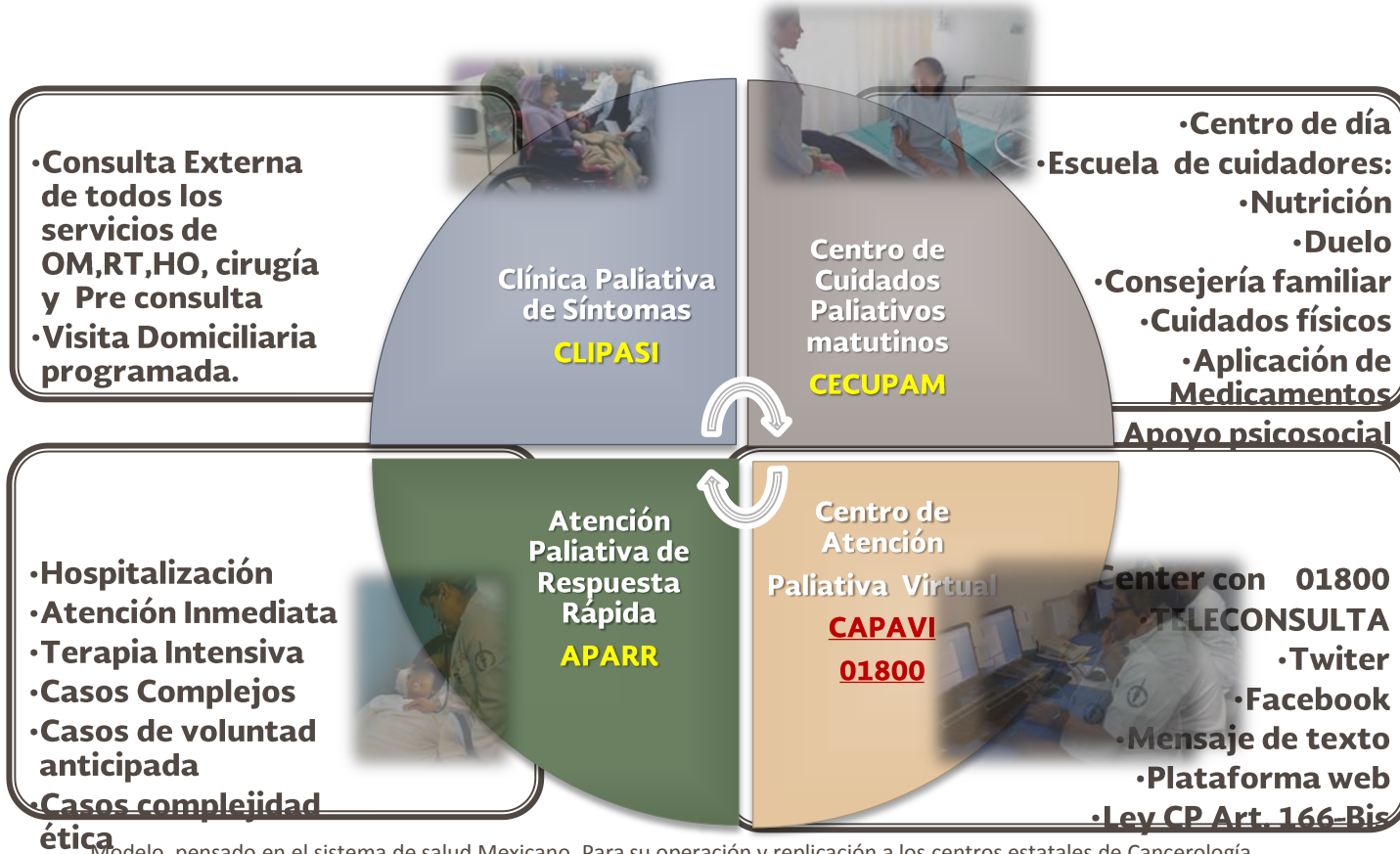
# Modelos de Atención

Organizar la atención médica para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias.





# Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO): Modelo de Atención Paliativa



Modelo pensado en el sistema de salud Mexicano. Para su operación y replicación a los centros estatales de Cancerología.

# Aspectos éticos al final de la vida

## PROBLEMAS PROFESIONALES



1. Relaciones entre servicios y niveles asistenciales
2. No abandono
3. La objeción de conciencia
4. Identificación del médico responsable
5. Sedación terminal
6. Sedación a petición del enfermo

## Aspectos éticos al final de la vida

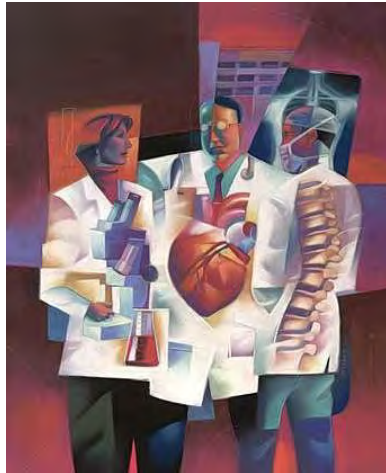
### Intervenciones psicosociales; ámbitos de intervención



- Claudicación familiar
- Atención al duelo
- Intimidad confidencialidad y secreto medico en la atención a pacientes en fase terminal
- Comunicación difícil; conspiración del silencio
- Malas noticias

# Aspectos éticos al final de la vida

## Ética de la organización y prestación de servicios



1. Trabajo en equipo
2. El plan integral de cuidados
3. La formación adecuada de los profesionales
4. La coordinación entre profesionales, niveles y servicios en la atención al paciente en fase terminal
5. Cuestiones de justicia sanitaria y distribución de recursos

# Aspectos éticos al final de la vida

## Ética de la información y la decisión.



1. Consentimiento informado: El principio de autonomía ante la “Fragilidad” del paciente en tratamiento paliativo.
2. Menores y cuidados paliativos
3. Los pacientes incapaces
4. Decisiones de representación

# Aspectos éticos al final de la vida

Planificación anticipada,  
instrucciones previas,  
renuncia al tratamiento



- planificación al tratamiento
- instrucciones previas
- renuncia al tratamiento



## Care for All: Palliative Care Strategy to Provide Intensive Acute Symptom Control Management for Patients with Previously Undiagnosed Terminal Cancer

Silvia Allende-Pérez, Ángel Herrera, Abelardo Meneses, Alejandro Mohar, Jaime De La Garza, and Emma Verástegui\*

National Institute of Cancerología Mexico, Mexico City, Mexico

\*Corresponding author: Emma Verástegui, National Cancer Institute (INCan), Palliative Care Service, Avenida San Fernando 22, Tlalpan, 14080, Mexico City, DF, Mexico, Tel: 525556280400; E-mail: [everasteguia@incan.edu.mx](mailto:everasteguia@incan.edu.mx)

Received date: May 26, 2014, Accepted date: Sep 06, 2014, Published date: Sep 16, 2014

### Abstract

**Introduction:** Despite the fact that important reforms in the Mexican health system have allowed it to offer coverage to 95% of Mexicans, important differences continue to exist in health service quality. The Fund for Protection Against Catastrophic Expenditures allows people with some types of cancer to receive expensive treatments, however, the timely diagnosis of some neoplasms in primary and secondary stages continues to be inefficient and delayed diagnosis is not rare. The present work describes an strategy model implemented by the Palliative Care Service of the Instituto Nacional de Cacerologia (INCan) in Mexico City to provide acute symptomatic management to individuals with advanced cancer without antineoplastic treatment options.

**Patients and Methods:** Patients considered on preconsultation as patients on a terminal stage of the disease were sent to the Palliative Care team on the very same day. In a process that lasted 3 hours on average, patients and their families received medical, psychological, and nutritional care.

**Results:** From January to December 2010, a total of 564 patients with advanced, terminal-stage cancer without prior antineoplastic management were treated at the palliative care unit. More than half of them were considerably underprivileged, with little to no schooling, and suffering from five or more symptoms at the time of their diagnosis. The majority of them presented fatigue and severe pain, and none had received treatment with strong opioids.

Average survival was 36.6 days.

**Conclusion:** Timely diagnosis of cancer continues to be an important challenge for the Mexican health system, a pattern that is, understandably, most notable amongst the patients living in poverty. The model implemented at the Institution avoids costly, unnecessary treatments, affording patients and their families' specialized, humanitarian, and ethical care.

## Opciones de ultimo recurso para hacer frente a un sufrimiento intolerable.

Opciones	Consentimiento	Consideraciones Bioeticas
Tratamiento de intensidad proporcional a la intensidad del síntoma	Paciente o representante	<i>doble efecto: alivio del dolor no acelerar la muerte</i>
No inicio o Retiro de soporte vital Para el terapeuta el principal valor es la vida; no la persona.	Paciente o representante	No prolongar agonía No introducir sufrimiento LET Encarnizamiento terapéutico
Sedación en la agonía Sedación Paliativa Sedación Terminal	Paciente o representante	<i>doble efecto: Alivio del sufrimiento no acelera la muerte</i>
Interrupción voluntaria y definitiva de la ingesta	Solo paciente	Acortar el periodo de sobrevida con introducción de sufrimiento
Suicidio Asistido	Solo paciente	objetivo es eliminar el sufrimiento mediante la muerte del enfermo
Eutanasia	Solo paciente	Finalizar la vida

Adaptado de Quill 2004



## El derecho a la información del paciente y el derecho al límite de la información

Ley 14/2000 Distinta de la de EEUU que no reconoce el derecho a no ser informado si lo solicita el paciente

Hay que evitar la conspiración del silencio

Hay que evitar el terrorismo informativo

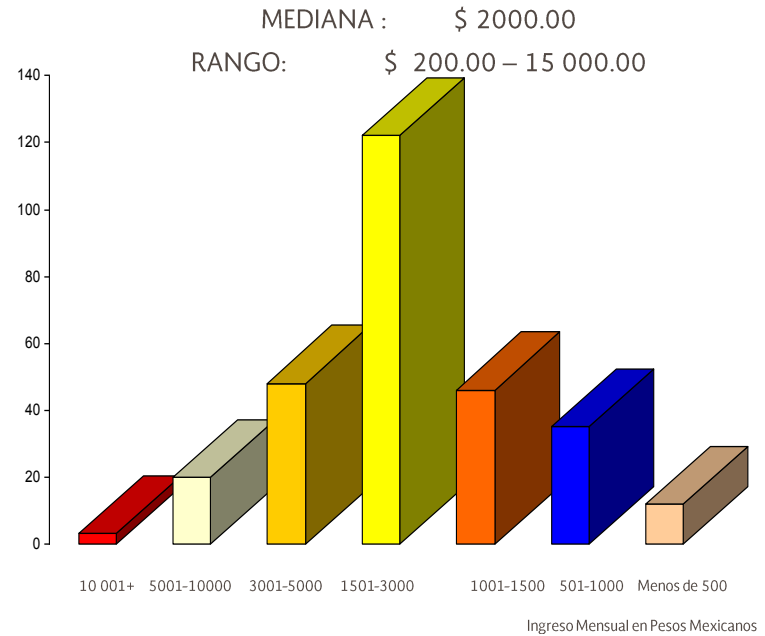


# ¿QUIEN DECIDE

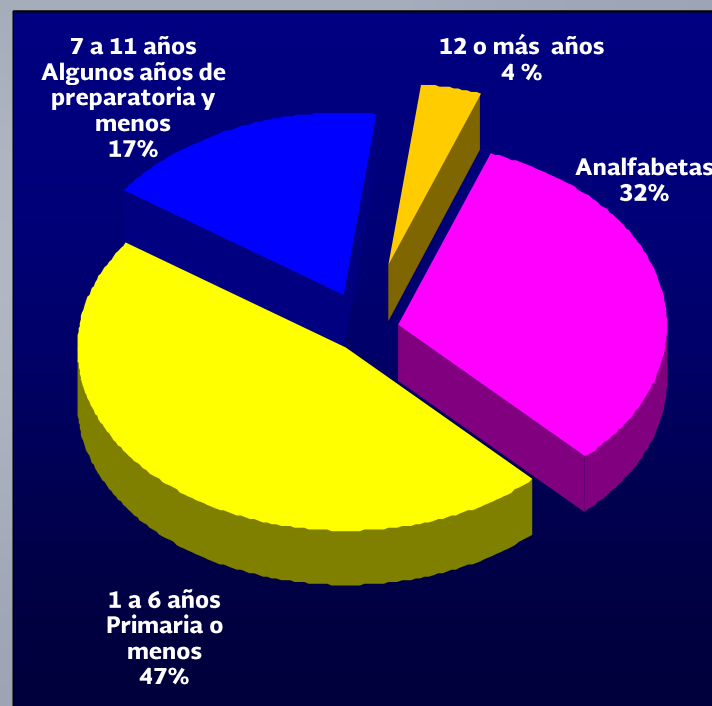
- En países industrializados el médico está consiente del derecho de los pacientes a participar en la toma de decisiones desde hace 25 años.
- El principio de autonomía constituye la piedra angular de la ética americana moderna
- RETOS:
  - El 50% de individuos mayores de 85 años sufre demencia
  - Fragilidad funcional en el anciano (delirio) le incapacita para la toma de decisiones.



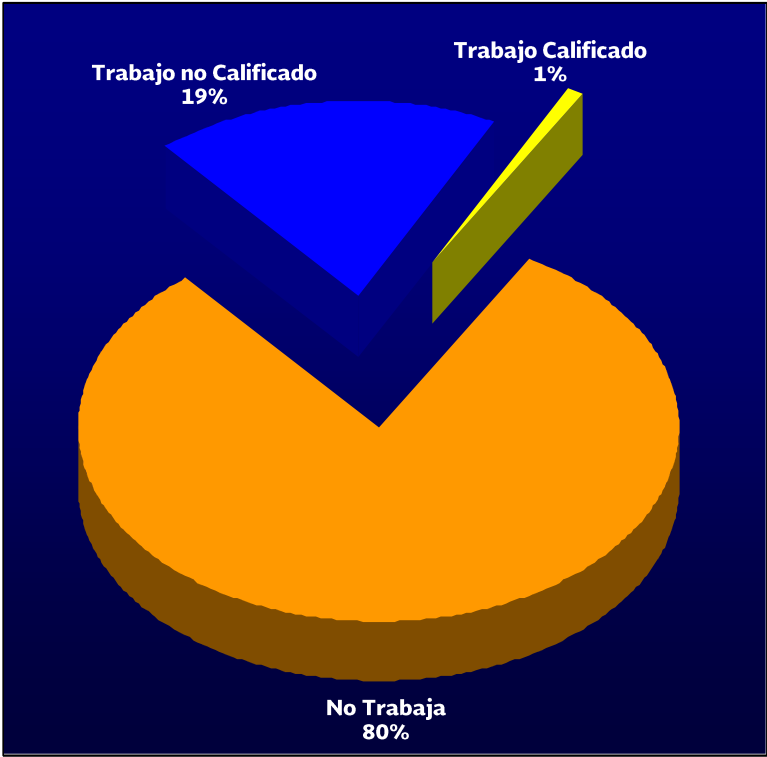
# INGRESO FAMILIAR

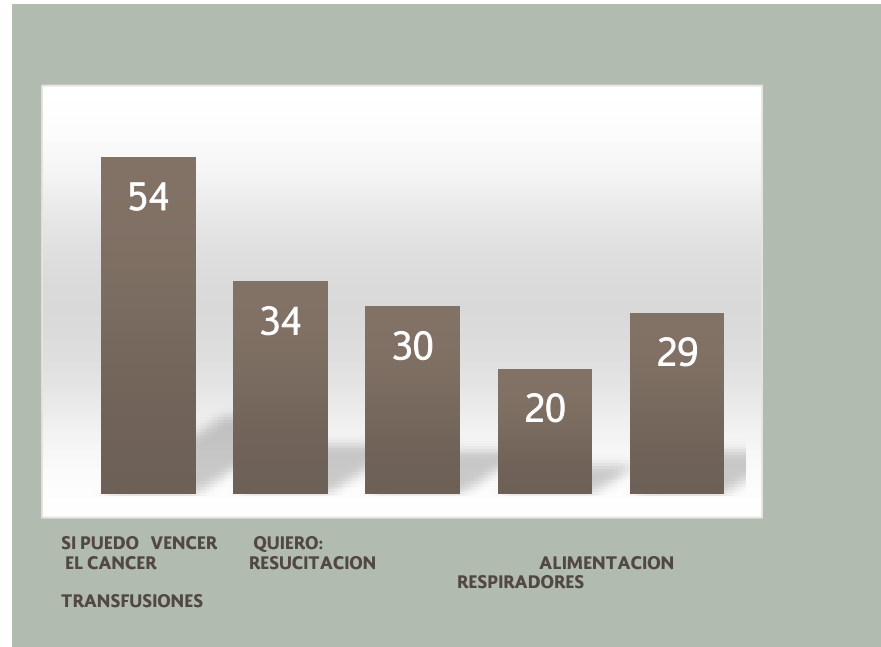


# Resultados Escolaridad



# Resultado Ocupación





## VOLUNTADES ANTICIPADAS

**La planeación anticipada tiene por objeto dar a conocer la voluntad de un individuo en el caso de una situación médica inesperada.**

- Existen instrumentos específicos para llevar a cabo esta planeación:
  - Nombrar un representante para la toma de decisiones médicas
  - Elaborar un testamento de vida
  - Elaborar un documento “Instructivo”
  - Historia de valores
  - Voluntades combinadas

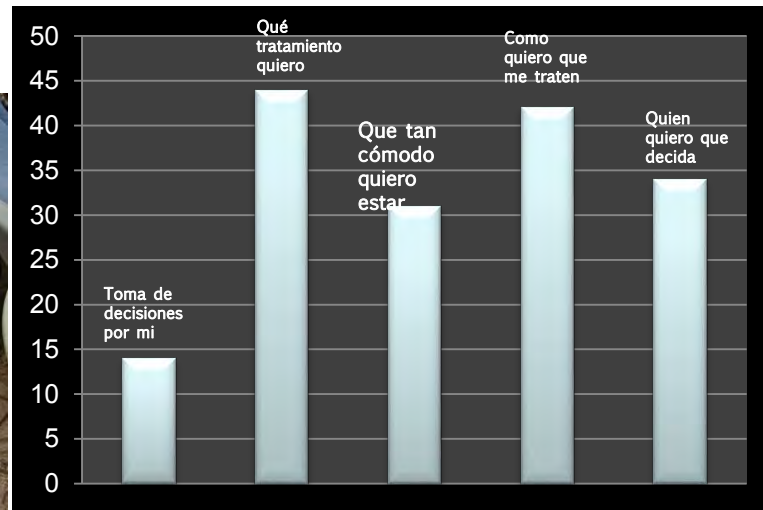


# DESEOS ¿HA PLATICADO CON ALGÚN FAMILIAR? HIZO ALGÚN PLAN?

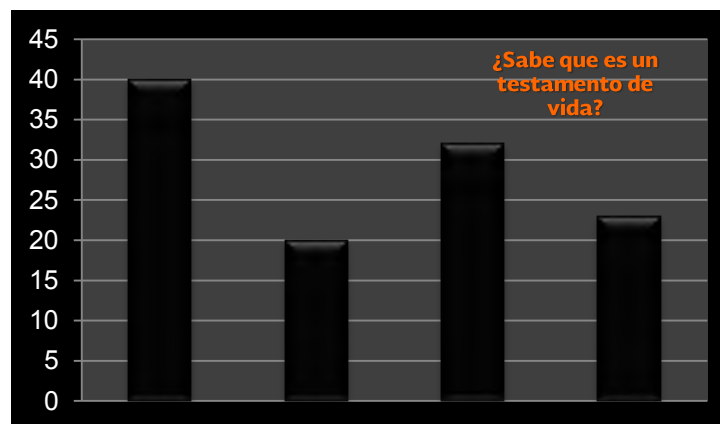




# “CINCO DESEOS”

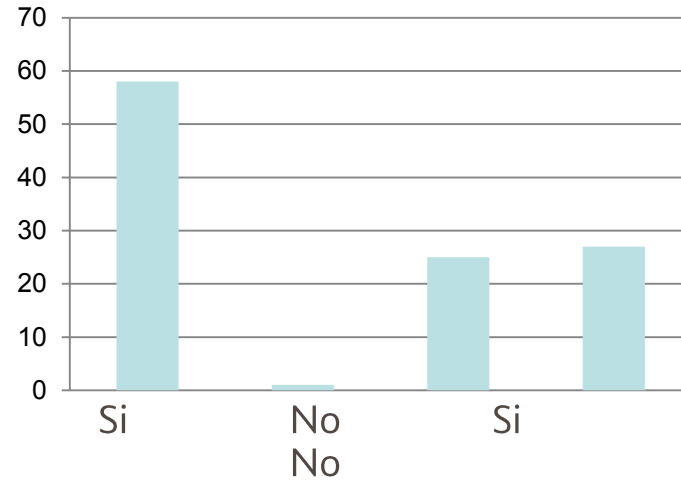


# ¿SABE QUE ES UN TESTAMENTO DE VIDA?



SI NO SI NO

## ¿HA PLATICADO CON SU FAMILIA? ¿HIZO ALGÚN PLAN?







## Comité Hospitalario de Bioética

***“La medicina contemporánea propicia una distorsión sistemática de la mirada del médico con respecto a lo que es el hombre”.***

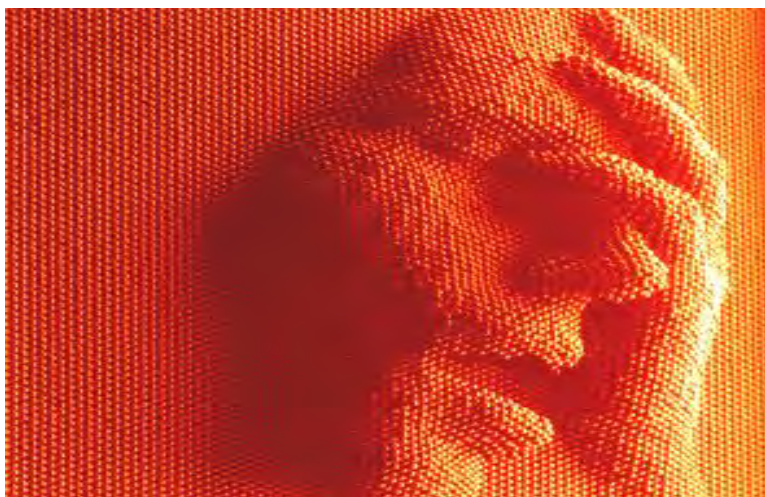
***Viniegra.***



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Red nacional de apoyo  
a la Capacitación en Bioética  
para Comités  
de Ética en Investigación  
y Hospitalarios de Bioética



**[Silvia\\_allende@Hotmail.com](mailto:Silvia_allende@Hotmail.com)**  
**[srallendep@incan.edu.mx](mailto:srallendep@incan.edu.mx)**

**@silvia\_allende**

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



Red nacional de apoyo  
a la Capacitación en Bioética  
para Comités  
de Ética en Investigación  
y Hospitalarios de Bioética

