



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
CORPORACIÓN PÚBLICA  
DE ECONOMÍA LOCAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO

MI-SIG-SIG-FT-01 V4

NOMBRE DE LA REUNIÓN: COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

RESPONSABLE: FABIAN ENCISO

SECRETARIO: YENNI RIOS

REUNIÓN N°: 06

FECHA: 21/08/2019

HORA INICIO: 1:30 PM

LUGAR: OFICINA: USS TUNAL

HORA FINAL: 4:00 PM

1. OBJETIVO:

realizar presentación de análisis de caso

2. PARTICIPANTES:

Registrar en este campo el nombre, cargo y firmas de los asistentes a la reunión, si supera el número de campos permitidos utilizar el formato de "Listado de asistencia MI-FT-27"

	NOMBRE	CARGO	CORREO	DEPENDENCIA/USS	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					

3. ORDEN DEL DÍA: (TEMAS A TRATAR)

1. saludo y verificación de Quorum
2. Lectura del orden del día y aprobación
3. Aprobación y lectura del acta anterior
4. Revisión de compromisos
5. Presentación análisis de caso

4. VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM: (Este debe ser mayor al 50% de los invitados)

Se cuenta con una asistencia del Señor Pedro Eliecer Molano, Jose William Aponte, William Alfonso Rodríguez Fajardo y por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E la Dra Martha Díaz Perea, la jefe Luz Miriam Romero, la Dra Katherine Soto y la Dra Yenni Rios.

**5. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ANTERIORES: (Si aplica)**

Se presenta 3 PQRS como posibles análisis de casos.

A través de medios masivos se está informando por emisora y por página WEB

El compromiso de invitar a Capital Salud se reprograma para el mes de noviembre de 2019 dada la agenda del año.

**6. DESARROLLO DE LOS TEMAS:**

Se da inicio con el saludo y bienvenida a los asistentes, agradeciendo la participación activa de los integrantes.

Se continúa con la lectura del orden del día la cual es aprobada. Se realiza la lectura del acta anterior la cual es aprobada.

Se hace revisión de los compromisos anteriores

El Señor William Alfonso Rodríguez Fajardo manifiesta que asistió al evento de la Secretaría Distrital de Salud que ese día era el tema de planeación del plan Territorial y no se llevó a cabo por el inconformismo de la Comunidad debido a la metodología que implementaron la cual no permitía la participación activa de la Comunidad por tal motivo no se llevó a cabo la actividad.

La Dra Yenni Rios comenta que a través de Emisora se socializo a la comunidad en general las temáticas y por otro lado a través de la Emisora Fuerza Militar los días martes a las 10:00am.

El Señor Pedro Eliecer Molano considera que la Emisora MINUTO DE Dios es exclusiva del Minuto de Dios para los católicos sería bueno indagar en otras emisoras como Emisora de la Policía Nacional, o Caracol Radio.

El Señor William Alfonso Rodríguez considera que se debe apoyar también en la Emisora Comunitaria y sería bueno hablar con las Juntas de acción Comunal y canales.

La Dra Yenni Rios Socializa que se tenía evento con la Subred Sur Occidente el día 23/08/2019 pero la cambiaron para el 30/08/2019. También se informa que la próxima reunión del comité de Ética será el 11 /09/2019 y se hace la invitación para el Comité de Ética del 20 a nivel de Subredes.

Se continúa con la revisión de los casos puesto que para el comité de Ética es importante prepararse para realizar esta labor.

Desde este comité no se cuenta con la experticia de análisis de casos por lo cual se hará referenciación con la Subred Sur Occidente el día 20 de septiembre de 2019.

Se da inicio a la lectura de unos casos que se eligieron al analizar por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano primer caso, Segundo caso y Tercer caso los cuales se anexan al acta.



Para el proceso de referenciación se harán las siguientes preguntas:

1. Como se recibieron o se definen los casos para ser tratados en el Comité de ética
2. Descripción del usuario con los datos personales o solamente general
3. Para analizar un caso se debe contar con la revisión de Historia Clínica y se puede socializar datos.
4. Se debe hablar con el Usuario
5. Se debe hablar con el Funcionario
6. Como se encaminan las Acciones de mejora de acuerdo

La Dra Yenni Rios realiza la lectura del caso donde se analiza cada punto y se define realizar lo siguiente:

El caso es de revisión por política de Seguridad  
 Quien inicia la atención  
 Se trae la respuesta del caso

Para la siguiente reunión las se debe traer la siguiente información:

El caso como teléfono  
 Respuesta de la situación  
 Resumen de la Historia Clínica

Se da por termina la reunión a las 4:00 pm

**7. COMPROMISOS:**

QUÉ (Tarea o actividad)	CÓMO (Metodología -- estrategia)	CUANDO (Fecha límite dd-mm-aa)	QUIEN (Responsable)
Averiguar el espacio en estas emisoras Emisora vientos Esteros Emisora de Usme planeta Tierra aires Estéreo	A través de revisión con comunicaciones	Septiembre de 2019	JENNI RIOS
Continuar con el análisis de casos.	Continuidad en la reunión	Septiembre de 2019	
Revisión de plan cumplimiento al plan de acción	En la reunión de septiembre	Septiembre de 2019	

**EN CONSTANCIA SE FIRMA:**

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN

SECRETARIO REUNIÓN

  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE  
COMITÉ ÉTICA HOSPITALARIA

TALLER PARA EL ANALISIS CASOS EN CONFLICTO ETICO EN ATENCION  
CLINICA

CASO 1

Juan es un recién nacido de 30 días de edad, hijo de una gestante de 21 años, producto de un embarazo gemelar y nace a las 30 semanas de edad gestacional por cesarea por ruptura prematura de membranas. Peso al nacer 1300 gr sexo masculino, apgar -7-9/10  
Es hospitalizado en la unidad neonatal durante la hospitalización requiere ventilación mecánica, soporte inotrópico, presenta deterioro de su estado de salud, sepsis , hemorragia intraventricular grado III, enterocolitis que requiere resección intestinal  
EL equipo de salud considera Juan tiene un alto riesgo de mortalidad a corto plazo

El neonatólogo de la unidad solicita concepto al comité de ética hospitalaria por no respuesta del recién nacido a las intervenciones medicas y quirurgicas realizadas y la autorización para la limitación del esfuerzo terapuetico. Los padres no aceptan la interrupción de intervenciones esperando que ocurra un "milagro"

CASO 2

Jose es un hombre de 40 años de ocupación bombero, previamente sano, quien hace 8 meses presenta un Accidente cerebrovascular por ruptura de un aneurisma cerebral. Ingres a urgencias al servicio de neurocirugía quienes realizan manejo quirúrgico, pero el daño neurológico fue severo sin recuperar el estado de conciencia posteriormente, se encuentra en estado vegetativo, neurocirugía considera no requiere mas intervenciones, neurología confirma se encuentra en estado de mínima conciencia, postrado en cama, con respiración espontanea, no hay comunicación con el medio, no hay respuesta verbal ni motora a estímulos. A los 2 meses de ingreso presenta una neumonía que requiere manejo antibiótico con control de la infección pero sin cambios en su estado neurológico, la esposa del paciente redacta una orden de no reanimación en caso que presente un paro cardiorrespiratorio y la entrega al personal de salud.

Un año después la condición de Jose no presenta cambios, se ha realizado una gastrostomía ( introducción de sonda para alimentación artificial), se encuentra hospitalizado en una institución para atención de pacientes crónicos , al cuidado del equipo médico y de enfermería. La esposa observando que la condición de Jose no cambia , solicita el retiro de la nutrición enteral entendiend o que la muerte se presentara en las siguientes 2 semanas, la decisión es apoyada por los cinco hijos de la pareja, hermanos y padres de Jose.

El equipo de salud , solicita concepto al comité de ética porque no están de acuerdo con esta solicitud.

### CASO 3

Miguel es un adulto joven de 23 años, es estudiante universitario y trabaja en un banco, es casado y padre de un niño de 2 años. Ingresa al servicio de urgencias por hemorragia de vías digestivas altas, al examen físico con signos importantes de anemia, palido, taquicardico e hipotenso, se inician líquidos endovenosos, los exámenes de laboratorio muestran una anemia severa (hemoglobina de 5 gr/dl) se indica transfusión de sangre y al diligenciar el consentimiento informado Miguel rechaza la transfusión, se interroga si es testigo de Jehova, no lo es, pero no está de acuerdo con la transfusión. Solicitan valoración por el comité de ética ya que la transfusión

Las fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo en la resolución del conflicto ético médico:

- 1º Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión
- 2º Discusión de los aspectos clínicos de la historia
- 3º Identificación de los problemas morales que suscita
- 4º Elección, por la persona responsable del caso, del problema moral que a ella le preocupa y quiere que se analice
- 5º Identificación de los valores en conflicto
- 6º Identificación de los cursos extremos de acción
- 7º Búsqueda de los cursos de acción intermedios
- 8º Análisis del curso de acción óptimo
- 9º Decisión final
- 10º Comprobación de la validez basada en las Pruebas de Consistencia:
  - o legalidad: "¿La decisión tomada respeta las normas legales?"
  - o publicidad: "¿Estaría dispuesto a defenderla públicamente?"
  - o temporalidad: "¿tomaría la misma decisión pasado un tiempo?"

### DEFINICIONES

#### PRINCIPIOS DE BIÉTICA

Beneficencia (obligación de buscar el bien del paciente).

No maleficencia (evitar los daños). "primum non nocere", ante todo no hacer daño. No realizar actos médicos fútiles, evitando la obstinación y el encarnizamiento terapéutico

Respeto a su autonomía: obligación de obtener permiso para actuar sobre el otro. Norma que establece respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones

Justicia (exige tratar a todos con la misma consideración y respeto y obliga a distribuir equitativamente los recursos disponibles).

**LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.** Es la decisión de no iniciar o bien de retirar si ya se hubiere iniciado, cualquier tratamiento, inclusive los tratamientos de soporte vital, que tenga por finalidad prolongar la vida, manteniendo, no obstante las actuaciones y los tratamientos necesarios para garantizar el máximo confort y bienestar del enfermo

Se basa en la decisión de restringir algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica

**OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA:** la instauración o la continuación de actuaciones medicas cuyo único resultado es intentar prolongar la vida del enfermo próximo a la muerte de manera irreversible,

Se debe asegurar que es una enfermedad grave, de progresión rápida, incurable, sin posibilidades de curación o mejoría y la posibilidad de supervivencia a corto plazo. Si se trata de fase terminal un corto pronóstico de vida

**ENFERMO TERMINAL** es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico -psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

**CUIDADOS PALIATIVOS:** "Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales

# Caso análisis comité de ética

INFORMACION	DETALLE	OBSERVACIONES
Fecha de la situación	28/07/2019	Fecha de atención
Unidad	Meissen	Unidad de atención materna
EPS	Convida	
Sexo	Mujer	
Ciclo vida	Edad 17 años	Etapa juventud
Localidad	Ciudad Bolívar	
Servicio	Ginecología	

Fuente: Formato PQRS año 2019

# Caso Situación

“El día de hoy me encontraba con dolor en la mano la cual tenía la canalización, ingresa la jefe enfermera Martha y me pregunta que si tenía la vena tapada. Yo le informo que si y que tengo mucho dolor, sin embargo, sin revisarme si estaba tapada o no me aplica medicamento directamente en la vena, causándome un gran dolor y minutos mas tarde siento mareo, taquicardia, adormecimiento en la mano la cual se inflamo causándome aun mas dolor.

Me parece que a la jefe le falta sentido humano ante el dolor el paciente, se debe informar al paciente los procedimientos al momento de la salida ya que a esta jefe no se le pude por que contesta de manera grosera , como si el paciente tuviese que adivinar. Le falta comunicación asertiva y cordialidad . Muy mala atención por parte de Martha ”

Fuente: Formato PQRS año 2019

# Caso estado de salud

INFORMACION	DETALLE	OBSERVACIONES
MOTIVO DE CONSULTA	TENGO DOLORES	
EDAD GESTACION	27.2 SEMANAS DE GESTACION CONSULTA POR CUADRO DE UNA SEMANA DE DOLOR PELVICO, ASOCIADA ACTIVIDAD UTERINA.	
UROANALISIS SUGESTIVO DE INFECCION	INICIA MANEJO ANTIBIOTICO PREVIO UROCULTIVO, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA A PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR	
DIAGNOSTICO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ALTO RIESGO OBTETRICO</li> <li>2. EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS</li> <li>3. INFECCION URINARIA A REPETICION</li> </ol>	
PLAN DE MANEJO	HOSPITALIZAR DIETA LIQUIDA CLARA L RINGER A 100 CC POR HORA CEFTRIAXONA 1 GR IV CADA 12 HORAS HIOSCINA 20 MG IV CADA 8 HORAS SS UROCULTIVO FETOCARDIA CONTROL DE SIGNOS VITALES HORARIO	

Fuente: Historia clínica año 2019

# Caso notas de enfermería

El 25 de julio de 2019. INGRESA PACIENTE DE HSOPITALIZACION EN SILLA DE RUEDAS PROCEDENTE DE CONSULTORIO, CON DIAGNOATICO MEDICO DE 1. EMBARAZO DE 25.2 SEMANAS CON ACACESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON YELCO# 18 DEL 25/07/2019 PASANDO LACTATO DE RINGER A 100CC/H SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFILTRACION.

El viernes 26 de julio de 2019 Con acceso venoso en miembro superior derecho permeable sin signos de infección.

El sábado 27 de julio de 2019 7:00 AM RECIBO PACIENTE EN LA UNIDAD EN CAMA 532A CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MSD CON YELCO# 18 DEL 25/07/2019 PASANDO LACTATO DE RINGER A 100CC/H SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFILTRACION.

El sábado 27 de julio de 2019 7:00 P.M. CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MSI CON YELCO #18 DEL 26/07/2019 CON TAPON HEPARINIZADO SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFILTRACION.

El domingo 28 de julio de 2019 RECIBO PACIENTE EN LA UNIDAD EN CAMA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MSI CON YELCO #18 CON TAPON HEPARINIZADO SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI INFILTRACION, SE REALIZA PARADA DE SEGURIDAD, PACIENTE REFIERE NO ALERGIAS, VENOPUNCION PERMEABLE, MANILLA CON DATOS COMPLETOS, SE OBSERVA PACIENTE DEAMBULANDO POR EL SERVICIO SIN COMPLICACIONES, 03:00 p.m. SE SACA HISTORIA CLINICA COMPLETA AL SERVICIO DE FACTURACION PARA INICIAR TRAMITES DE EGRESO, 04:00 p.m. EGRESA PACIENTE DEL 5 PISO ESTABLE, SIN VENOPUNCION EN COMPANIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES DE EGRESO

# Caso

## respuesta

Frente a su manifestación en relación a la atención brindada en el servicio de enfermería En seguimiento de la situación manifestada la experiencia de la colaboradora y confiando en sus conocimientos observo que la venopunción estaba funcional por lo que procedió a administrar el medicamento.

En ocasiones las venopunciones parecieran disfuncionales y al realizar la administración de medicamentos o líquidos la vena funciona sin ninguna complicación. Adicionalmente como norma general se evita puncionar innecesariamente a los usuarios esto fue lo que motivo a la jefe a realizar la administración del medicamento tratando de rescatar la vena u causarle menos dolor a la paciente, sin embargo, no se obtuvo el resultado que se esperaba. Se aclara que se realizó la ejecución del procedimiento en manos de profesionales capaces de solventar cualquier contratiempo.

Sin embargo, la dirección hospitalaria preocupada por su inconformidad realizó seguimiento y socialización con la jefe y se fomentó la comunicación asertiva con los usuarios y se reforzó las buenas prácticas como parte del proceso de humanización

# Caso

# Respuesta

CONSIDERAMOS QUE:

AL REALIZAR SEGUIMIENTO A LA HC SIEMPRE SE DESCRIBE EL ACCESO VENOSO COMO PERMEABLE Y SIN SIGNOS DE FLEBLETIS NI INFILTRACION .

SIEMPRE SE CONSERVO LA MISMA VENOPUNSION Y NO HUBO CAMBIO DE VENA SEGÚN REPORTE DE HC. NO SE PRESENTO FLEBITIS NI INFILTRACIONES.

A LA PACIENTE EN SU TERCER DIA DE HOSPITALIZACION SE LE RETIRAN LIQUIDOS Y SE PASA A TAPON HEPARINIZADO PARA CONTINUAR ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, EL CUAL ANTES DE ADMINISTRAR CUALQUIER MEDICAMENTO DEBE SER VERIFICADA LA PERMEABILIDAD DE LA VENA PARA EVITAR DOLOR E IRRITABILIDAD, YA QUE ALGUNOS MEDICAMENTOS COMO LOS ANTIBIOTICOS PUEDEN CAUSAR FLEBITIS QUIMICA EN LOS ACCESOS VENOSOS.

ES IMPORTANTE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA CON EL PROFESIONAL EN CUANTO A LA COMUNICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS AL PACIENTE A FIN DE GARANTIZAR UN TRATO HUMANIZADO.

**CUESTIONARIO PRÁCTICO DE APOYO PARA INTRODUCIRSE EN EL ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS INDIVIDUALES**

Fórmula breve	Con relación al problema, cuestión o interrogante bioético
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está comprometida la vida del paciente y se respeta?</li> <li>2. ¿Se ha considerado en todo momento al paciente como persona?</li> <li>3. ¿Son conscientes el médico y la familia de la responsabilidad sobre su paciente?</li> <li>4. ¿Se han evaluado los riesgos y beneficios de la decisión? ¿Se asumen riesgos innecesarios?</li> <li>5. Referencia a principios clave:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Respeto total a la vida humana.</li> <li>b. Principio de libertad y responsabilidad (Consentimiento Informado)</li> <li>c. Principio de totalidad o terapéutico</li> <li>d. Principio de proporcionalidad</li> <li>e. Principio de solidaridad y subsidiaridad</li> <li>f. Principio del doble efecto (si aplica)</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Quién y a quién se consulta respecto del caso en cuestión?</li> <li>2. ¿Se tiene una documentación lo más completa posible del caso? ¿Se han propuesto soluciones bioéticas en situaciones semejantes o análogas? ¿Son aplicables?</li> <li>3. ¿Es realmente un problema bioético?</li> <li>4. ¿Se identificó cuál es el principal problema bioético y cuáles los de segundo nivel de atención?</li> <li>5. ¿Cuál es el objeto (acto considerado en sí mismo), la finalidad (la intención del sujeto que actúa) y las circunstancias que rodean cada decisión?</li> </ol>
Con relación al paciente	Con relación al profesional y a la institución
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Es menor de edad?</li> <li>2. ¿Puede decidir el paciente por sí mismo? ¿Qué grado de competencia tiene para consentir?</li> <li>3. ¿Se tiene información, suficiente y completa, de la situación clínica, psicológica, personal, social y de credo que profesa el paciente?</li> <li>4. ¿Se han considerado las creencias y preferencias del paciente?</li> <li>5. ¿Se ha verificado la comprensión del caso y sus circunstancias por parte del paciente y sus familiares?</li> <li>6. ¿Está informado adecuadamente el paciente? ¿Cuál es la opinión y las preferencias del paciente respecto del caso?</li> <li>7. ¿La familia del paciente está suficientemente informada y acompañada para apoyar el consentimiento en caso de que este no pueda consentir?</li> <li>8. ¿Hay consenso en relación con la opinión de la familia?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la opinión del médico tratante? ¿Hay controversia clínica? ¿Se puede dirimir ante otra instancia clínica?</li> <li>2. ¿En la situación hay cabida para la objeción de conciencia del profesional?</li> <li>3. ¿Está capacitada técnica y profesionalmente la institución para afrontar el caso y los procedimientos indicados y cuestionados?</li> <li>4. ¿Cuál es la opinión del comité bioético clínico? (en caso de que exista)</li> <li>5. ¿La alternativa propuesta compromete criterios de proporcionalidad terapéutica o del uso justo o injusto de recursos técnicos o económicos institucionales?</li> <li>6. ¿Interfiere el tipo de aseguramiento la atención y solución propuesta al bien objetivo o a la persona del paciente?</li> </ol>
Respecto a la situación clínica	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existe un diagnóstico cierto, un conocimiento objetivo del estado de evolución, y se tienen identificadas las posibles mejores alternativas de manejo? ¿Las alternativas propuestas están suficientemente probadas?</li> <li>2. ¿Se tienen en cuenta los riesgos de las alternativa implicadas?</li> <li>3. ¿En qué grado se encuentra comprometida o amenazada la vida o la integridad personal del paciente en relación con las alternativas propuestas?</li> <li>4. ¿Dentro de las posibles soluciones se ve comprometida biológicamente la vida o la salud de otras personas (embrión o feto)?</li> <li>5. ¿Dentro de las posibles alternativas se ve comprometida la salud o funcionalidad de otros órganos o funciones? ¿En qué grado?</li> <li>6. ¿Se busca auténticamente en todo momento el bien verdadero del paciente, concebido de forma integral?</li> <li>7. ¿Intervienen en la decisión las creencias religiosas o personales del paciente? ¿Se tienen en cuenta dentro del caso?</li> <li>8. ¿Qué dice la legislación al respecto de circunstancias como la que se afronta?</li> <li>9. ¿La decisión compromete social y económicamente a otras personas?</li> <li>10. ¿Tiene acudientes o cuidadores en posibilidad de atención satisfactoria?</li> <li>11. ¿Existen o se han considerado otras alternativas que respeten el punto de vista y los deseos del paciente?</li> <li>12. ¿Existe testamento vital o documento de voluntades anticipadas? ¿Qué fecha tiene su firma?</li> </ol>	

## 1 Caso.

Compromiso de la vida.

Hay conciencia de la familia, don Pedro  
manifiesta qe. no hay conciencia de la  
familia porque no acepta la evolución  
de la ~~se~~ situación de enfermedad.

autonomía - sí con relación a los padres.

Beneficio - sí.

Justicia → sí.

Pronóstico → incierto.

Opinión Médico →

Se tiene en cuenta la calidad de vida.  
Por lo cual se debe abordar.

## 2 Caso.

La familia ha manifestado qe. conocer.  
El conflicto del caso está en relación c.  
los mínimos que debe tener la persona.  
Alimentación, temperatura, manejo del dolor.  
por lo cual.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE  
COMITÉ ÉTICA HOSPITALARIA

TALLER PARA EL ANALISIS CASOS EN CONFLICTO ETICO EN ATENCION  
CLINICA

CASO 1

Juan es un recién nacido de 30 días de edad, hijo de una gestante de 21 años, producto de un embarazo gemelar y nace a las 30 semanas de edad gestacional por cesarea por ruptura prematura de membranas. Peso al nacer 1300 gr sexo masculino, apgar -7-9/10

Es hospitalizado en la unidad neonatal durante la hospitalización requiere ventilación mecánica, soporte inotrópico, presenta deterioro de su estado de salud, sepsis, hemorragia intraventricular grado III, enterocolitis que requiere resección intestinal

EL equipo de salud considera Juan tiene un alto riesgo de mortalidad a corto plazo

El neonatólogo de la unidad solicita concepto al comité de ética hospitalaria por no respuesta del recién nacido a las intervenciones medicas y quirurgicas realizadas y la autorización para la limitación del esfuerzo terapéutico. Los padres no aceptan la interrupción de intervenciones esperando que ocurra un "milagro"

CASO 2

Jose es un hombre de 40 años de ocupación bombero, previamente sano, quien hace 8 meses presenta un Accidente cerebrovascular por ruptura de un aneurisma cerebral. Ingresa por urgencias al servicio de neurocirugía quienes realizan manejo quirúrgico, pero el daño neurológico fue severo sin recuperar el estado de conciencia posteriormente, se encuentra en estado vegetativo, neurocirugía considera no requiere mas intervenciones, neurología confirma se encuentra en estado de mínima conciencia, postrado en cama, con respiración espontanea, no hay comunicación con el medio, no hay respuesta verbal ni motora a estímulos. A los 2 meses de ingreso presenta una neumonía que requiere manejo antibiótico con control de la infección pero sin cambios en su estado neurológico, la esposa del paciente redacta una orden de no reanimación en caso que presente un paro cardiorrespiratorio y la entrega al personal de salud.

Un año después la condición de Jose no presenta cambios, se ha realizado una gastrostomía (introducción de sonda para alimentación artificial), se encuentra hospitalizado en una institución para atención de pacientes crónicos, al cuidado del equipo medico y de enfermería.

La esposa observando que la condición de Jose no cambia, solicita el retiro de la nutrición enteral entendiendo que la muerte se presentara en las siguientes 2 semanas, la decisión es apoyada por los cinco hijos de la pareja, hermanos y padres de Jose.

El equipo de salud, solicita concepto al comité de ética porque no están de acuerdo con esta solicitud.

### CASO 3

Miguel es un adulto joven de 23 años, es estudiante universitario y trabaja en un banco, es casado y padre de un niño de 2 años. Ingresó al servicio de urgencias por hemorragia de vías digestivas altas, al examen físico con signos importantes de anemia, palido, taquicárdico e hipotenso, se inician líquidos endovenosos, los exámenes de laboratorio muestran una anemia severa (hemoglobina de 5 gr/dl) se indica transfusión de sangre y al diligenciar el consentimiento informado Miguel rechaza la transfusión, se interroga si es testigo de Jehová, no lo es, pero no está de acuerdo con la transfusión. Solicitan valoración por el comité de ética ya que la transfusión

Las fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo en la resolución del conflicto ético médico:

- 1º Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión
- 2º Discusión de los aspectos clínicos de la historia
- 3º Identificación de los problemas morales que suscita
- 4º Elección, por la persona responsable del caso, del problema moral que a ella le preocupa y quiere que se analice
- 5º Identificación de los valores en conflicto
- 6º Identificación de los cursos extremos de acción
- 7º Búsqueda de los cursos de acción intermedios
- 8º Análisis del curso de acción óptimo
- 9º Decisión final
- 10º Comprobación de la validez basada en las Pruebas de Consistencia:
  - o legalidad: "¿la decisión tomada respeta las normas legales?"
  - o publicidad: "¿estaría dispuesto a defenderla públicamente?"
  - o temporalidad: "¿tomaría la misma decisión pasado un tiempo?"

### DEFINICIONES

#### PRINCIPIOS DE BIÉTICA

Beneficencia (obligación de buscar el bien del paciente).

No maleficencia (evitar los daños). "primum non nocere", ante todo no hacer daño. No realizar actos médicos fútiles, evitando la obstinación y el encarnizamiento terapéutico

Respeto a su autonomía: obligación de obtener permiso para actuar sobre el otro. Norma que establece respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones

Justicia (exige tratar a todos con la misma consideración y respeto y obliga a distribuir equitativamente los recursos disponibles).

**LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.** Es la decisión de no iniciar o bien de retirar si ya se hubiere iniciado, cualquier tratamiento, inclusive los tratamientos de soporte vital, que tenga por finalidad prolongar la vida, manteniendo, no obstante las actuaciones y los tratamientos necesarios para garantizar el máximo confort y bienestar del enfermo

Se basa en la decisión de restringir algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica

**OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA:** la instauración o la continuación de actuaciones medicas cuyo único resultado es intentar prolongar la vida del enfermo próximo a la muerte de manera irreversible,

Se debe asegurar que es una enfermedad grave, de progresión rápida, incurable, sin posibilidades de curación o mejoría y la posibilidad de supervivencia a corto plazo. Si se trata de fase terminal un corto pronóstico de vida

**ENFERMO TERMINAL** es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico -psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.

**CUIDADOS PALIATIVOS:** "Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

## RESOLUCION No. 1036,

### SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

(Bogotá D.C. 08 AGO 2018)

"Por la cual se modifica y reglamenta el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

LA GERENTE DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

En ejercicio de sus atribuciones legales, estatutarias y en especial, las contenidas en el Acuerdo 641 del 6 abril de 2016 del Concejo de Bogotá D.C., Decreto 160 del 5 de abril de 2017 del Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y, Decreto 171 del 6 de abril de 2016 del Alcalde Mayor de Bogotá D.C. Acuerdo 01 de 2016 de la Junta Directiva de Transición.

#### CONSIDERANDO

Que mediante Resolución 13437 de noviembre 1 de 1991 del Ministerio de Salud constituye los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los derechos de los Pacientes.

Que el Decreto 1757 de agosto 3 de 1994, organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4to del Decreto Ley 1298 de 1994

Que según el artículo 15 del Decreto ibídem se determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar comités de Ética Hospitalaria.

Que conforme al artículo 16 del Decreto ibídem se determina las funciones de los comités de Ética Hospitalaria.

El Decreto 780 de 2016 por el cual expide el Decreto Único reglamentario del Sector Salud y de protección social señala en el artículo 2.10 1.1.14 las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas mixtas o privadas deberán conformar el Comité de Ética Hospitalaria.

Que mediante el Acuerdo Distrital 641 del 6 de abril de 2016, el Concejo de Bogotá D.C., efectuó la reorganización del Sector Salud de Bogotá D.C., y ordenó la fusión de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Que el Acuerdo Distrital 641 del 6 de abril de 2016, tiene por objeto efectuar la reorganización del sector salud en el Distrito Capital, definiendo las entidades y organismos que lo conforman, para lo cual se determinará la fusión de algunas entidades y la creación de otras.

Que en el inciso 5º del Artículo 2º del citado Acuerdo, estableció la fusión de las Empresas Sociales del Estado de: Usme, Tunjuelito, Nazareth, Tunal, Meissen y Vista Hermosa en la Empresa Social del Estado denominada "Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

Que durante el periodo de transición definido en el Acuerdo 641 de 2016, mediante la Resolución No. 089, en la Subred Sur ESE, se creó y reglamentó el Comité de ética Hospitalaria no obstante se hace necesario modificar esta Resolución en su estructura, contenido y en la conformación de sus integrantes teniendo en cuenta lo dispuesto en el Acuerdo 10 del 5 abril de 2017, de Junta Directiva, "Por medio del cual se establece la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

(Bogotá D.C. 08 AGO 2018)

"Por la cual se modifica y reglamenta el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

Circular 011 del 06 de mayo de 2018 de Secretaría de Salud donde se expiden los "lineamientos para la elección de representantes de la comunidad ante el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud".

Que en virtud de lo anterior,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: CREACIÓN.** Las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas mixtas o privadas deberán conformar el Comité de Ética Hospitalaria.

**ARTICULO SEGUNDO – OBJETIVO.** Propender por la humanización en la atención de usuarios y generando alternativas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

**ARTÍCULO TERCERO: CONFORMACION.** El Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, está integrado así:

- a) Gerente de la institución prestataria de servicios de salud o su delegado, quien hará las veces de Presidente del comité.
- b) El Jefe de la Oficina de Participación Comunitaria o su delegado, quien hará las veces de Secretaria Técnica del Comité.
- c) Representante del equipo médico elegido por y entre el personal de planta de la institución.
- d) Representante del área de enfermería elegidos por y entre el personal de planta de la institución.
- e) Dos (2) delegados, por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E. (USS Tunal, Meissen, Tunjuelito, Vista Hermosa, Usme y Nazareth), elegido entre ellos, de acuerdo a sus estatutos y normatividad vigente, y al cumplimiento de la circular 011 de 2018 de la Secretaría De Salud.
- f) Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que forman parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios. (Localidades Tunjuelito, Usme, Sumapaz y Ciudad Bolívar), elegido entre ellos, de acuerdo a sus estatutos y normatividad vigente, y al cumplimiento de la circular 011 de 2018 de la Secretaría De Salud.

**PARÁGRAFO 1:** El presidente podrá citar al comité a otros servidores públicos y/o contratistas así como a expertos que considere en calidad de invitados, según el tema a tratar con el fin de garantizar resultados eficientes y coherentes con la normatividad.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur

## RESOLUCION No. 1036

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

(Bogotá D.C. 08 AGO 2018)

"Por la cual se modifica y reglamenta el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

**ARTÍCULO CUARTO: FUNCIONES DEL COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA DE LA SUBRED SUR E.S.E.** el comité tendrá las siguientes funciones.

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Secretaría Distrital de Salud.
9. Elegir un representante ante los Comités de Ética Profesional del Sector Salud, de que habla el artículo 3o de la Ley 60/93, y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

**ARTICULO QUINTO. – PERIODICIDAD.** El Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E se reunirá como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

**PARAGRAFO:** Los asistentes a la sesiones garantizarán la confidencialidad y aspectos éticos, por respeto a los Derechos, Dignidad y Privacidad del paciente, el contenido de los temas a tratar en las sesiones, tienen un carácter privado, salvo que el comité o los entes de control, determinen lo contrario, especialmente en los casos de interés en salud pública. El papel del Comité es estrictamente científico y confidencial.

**ARTÍCULO SEXTO.- CONVOCATORIA** Las convocatorias a las sesiones del Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. serán realizadas por parte del Secretario Técnico del comité, con apoyo de los referentes del proceso de participación comunitaria por correo electrónico, o vía telefónica con 3 días antes de la sesión del Comité (exceptuando el tiempo previo requerido en los casos de sesiones extraordinarias)

**ARTÍCULO SÉPTIMO QUÓRUM.** En las reuniones del Comité se considerará constituido para deliberar y toma de decisiones, con la asistencia de la mitad más uno de los integrantes.



## RESOLUCION No. 1036

### SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

(Bogotá D.C. 08 AGO 2018)

"Por la cual se modifica y reglamenta el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E."

**ARTÍCULO OCTAVO. FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.** El Presidente del Comité tendrá las siguientes funciones:

- a. Presidir o delegar las reuniones con el fin de que sean ágiles, bien informadas y efectivas en su decisión.
- b. Acordar con el Secretario del Comité el lugar, fecha, hora y orden del día de las reuniones.
- c. Vigilar y propender porque el Comité de Ética Hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur desarrolle sus funciones atendiendo la Misión, la Visión y objetivos de la Atención Asistencial al usuario con criterios de calidad.
- d. Facilitar el uso de la palabra ordenadamente dentro de las reuniones del Comité, procurando que se dé la máxima participación en los análisis y en las decisiones.
- e. Definir la duración de las sesiones del Comité, estas se sujetarán al contenido y a la complejidad del temario.
- a. El Presidente del Comité podrá declarar sesión permanente cuando así lo considere oportuno o citar a nueva reunión para continuar el temario

**ARTÍCULO NOVENO: Funciones de la Secretaría Técnica del Comité de Ética Hospitalaria.** La Secretaría técnica del Comité de Ética Hospitalaria tendrá entre sus funciones las siguientes:

- a. Asistir a cada una de las reuniones ordinarias y extraordinarias del comité con la puntualidad requerida.
- b. Entregar los informes que le sean solicitados por el comité, con oportunidad, idoneidad y eficiencia.
- c. Gestionar con oportunidad la elaboración de las actas del comité, responder por su contenido ajustado a los temas tratados, deliberados y decididos en la sesión a la que corresponde y presentarla en la sesión siguiente para su aprobación y posterior firma de los asistentes.
- d. Manejar, custodiar y conservar los archivos correspondientes al Comité.
- e. Hacer seguimiento al tiempo aproximado de duración del Comité.
- f. De cada una de las sesiones del Comité de Ética Hospitalaria, se levantará la correspondiente Acta, la cual será llevada por el secretario del Comité.

FECHA (DD-MM-AA) **21/08/2019.**     
 HORA DE INICIO **1:30**     
 HORA TERMINACIÓN     
 TEMA PRINCIPAL **Comite Etica H**

No	NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y/O MIEMBRO DE COMUNIDAD	LOCALIDAD	TELÉFONO FIJO	CELULAR	CORREO	FIRMA
1	Pedro S. M. Lugo	79112087	Comunidad	19	3133749570			<i>[Signature]</i>
2	OLE Williams G. G. G.	19227090	X X	6°	3134355817			<i>[Signature]</i>
3	William Rod. N. N.	1072938707	Comunidad	5	3125102610			<i>[Signature]</i>
4	Luc Hyman Romeo	39619641	Enfermer.	19	3144258738			<i>[Signature]</i>
5	MARtha DIAZ PERA	22500927	Medico	19	3132391621			<i>[Signature]</i>
6	Katherine Soto	40660340	Apoyo PARS	19	8017665937			<i>[Signature]</i>
7	Yenni L. Rivas	52-370-36	participación	—	3132652570			<i>[Signature]</i>
8	Fabian Enciso	80213206	Gerencia					<i>[Signature]</i>
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								