

Fundamento ético de la práctica médica; una reflexión de la realidad sobre el secreto profesional.

MONTES DE OCA-MEZA E.A., MAYORGA-JUÁREZ S.A. VELASCO-JIMÉNEZ M.T.

Resumen—La profesión médica se basa en la relación generada entre el médico y su paciente, esta es posible cuando existe respeto de la privacidad de la información que le es depositada al médico para la atención de la salud.

El concepto de secreto profesional es conocido desde la antigüedad en el “*Corpus Hippocraticum*” como algo que “jamás debe divulgarse”. Aunado a este término y con el fin de buscar la protección a la privacidad del individuo, la bioética ha apoyado la creación de diversas leyes para resguardar la información proporcionada por el paciente.

La reflexión sobre el Secreto Profesional, debe estar presente en diferentes momentos de la curricula de las escuelas de medicina, para brindar herramientas enfocadas a formar médicos íntegros, incluyentes, éticos y con actitud de servicio, así como inculcar valores y aptitudes que puedan ser aplicados tanto en la carrera de Medicina, como en la vida profesional y personal.

Los autores de este ensayo han podido percatarse que no existe comprensión del significado de “secreto profesional” y por lo tanto no es respetada la confidencialidad de los individuos que depositan su información sobre su estado de salud para recibir un tratamiento por parte del personal de salud.

Con base en lo anterior y de acuerdo a lo percibido por los estudiantes de cuarto semestre de medicina de la Universidad La Salle a lo largo del curso de propedéutica clínica, les ha permitido reflexionar y cuestionarse acerca del significado del secreto profesional, de ahí el interés por indagar sobre el fundamento teórico que sustenta al mismo.

I. INTRODUCCIÓN

La formación del médico debe abarcar tanto el conocimiento médico como la parte ética y moral de los individuos, ésta última tiene como sustento al Juramento Hipocrático, considerado el fundamento de la ética médica.

El Juramento Hipocrático forma parte de los escritos recabados por los discípulos de Hipócrates en el “*Corpus Hippocraticum*”, siendo este el documento que mejor expresa los deberes y responsabilidades del ejercicio de la medicina. A lo largo de la historia este documento se ha editado, comentado y transcrito dentro del área de la medicina y es la base de la educación dentro de la misma área.

Los médicos han sido una referencia de los valores de la definición filosófica de lo “humano”, siendo así que las escuelas y los profesionistas al impartir las cátedras y los conocimientos siempre se basaban en el juramento hipocrático.

Con la llegada del internet y las redes sociales (siglo XXI) se empezó a desarrollar un cambio drástico en la manera en que se desenvuelven diversas profesiones. En un inicio el objetivo era permitir una mejor comunicación y crear una plataforma de libre expresión para la sociedad, pero se ha desvirtuado su uso

y algunos profesionales de la salud usan las redes sociales como medio para mostrar información privada de los pacientes o sucesos de su práctica profesional diaria.

Villamizar (2016) menciona con respecto al uso de las redes sociales electrónicas que:

“[...] se han convertido en el mecanismo más rápido de intercambio de información personal y profesional mediante la publicación de comentarios y fotografías, lo cual puede catalogarse como una conducta inapropiada que compromete el profesionalismo y la ética médica, principalmente cuando se vulnera la privacidad y la confidencialidad de la información sobre los pacientes”.

Concluyendo que: “[...] si bien el desarrollo y el uso de las redes han generado un cambio de paradigma en la comunicación entre médico y paciente, médico e institución, y paciente e institución, también pueden vulnerar los principios del profesionalismo en la práctica médica”.

Este y otros sucesos similares donde se ha roto el secreto profesional generan un cambio desde la perspectiva social y ética referente a la profesión médica. Hoy, el uso desmedido de las redes sociales genera la necesidad del estudio de la *ética informática*, que busca evaluar y analizar el impacto social y ético de las tecnologías.

Las escuelas que imparten la licenciatura de medicina buscan un adecuado aprendizaje del profesionista dentro del ámbito académico, sin embargo, no todas se preocupan por la formación ética del alumno y dejan a un lado el aspecto humano del mismo.

Dentro del currículum manejado en la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle (FMM), desde el curso propedéutico y a lo largo de la carrera se imparten materias como: valores y ética profesional, diálogo intercultural, la persona y su interacción con los otros, creatividad y comunicación, fe y desarrollo espiritual, seminario de bioética, valor de la vida y el taller de no estacionarse; todas enfocadas a formar médicos íntegros, incluyentes, éticos y con actitud de servicio. La FMM se ha encargado de enseñar valores y actitudes para ser aplicados en la carrera de Medicina, en la vida profesional y en la personal.

Con lo descrito anteriormente y mediante las vivencias de distintos alumnos de la facultad -no sólo como estudiantes de medicina, sino como pacientes también- se ha podido percibir deshumanización en la atención médica actual, especialmente en la falta de cuidado a la privacidad de la información del paciente que conlleva al incumplimiento del secreto profesional.

Este ensayo pretende mostrar un panorama general de los fundamentos éticos que rigen a la práctica médica desde sus orígenes a través del juramento hipocrático hasta la situación actual del sistema de salud mexicano.

II. CONCEPTOS BÁSICOS.

Para comprender el significado de secreto profesional se deben conocer los conceptos básicos que lo caracterizan como son:

Ética: Montero, 1999 define a la ética como “la orientación conductual de la persona, respecto a qué atenerse y cómo comportarse con relación a sí mismo, a los demás, a las normas de convivencia de la vida cotidiana; así como conducirse en la vida social”.

Moral: Cabello. 1999 define la moral como “aquello que se relaciona con la aplicación práctica de los principios éticos”.

Confidencialidad: “entendida como lo realizado o dicho en confianza, con la seguridad de que cada uno de los involucrados conozca su deber y lo cumpla”. (Marroquín, 2010).

Intimidad: Marroquín, 2010, la define como “lo más interior y reservado de la persona o grupo familiar”. (p. 4).

Privacidad: Marroquín, 2010 la define como el “derecho de todo ser humano a determinar y controlar qué información sobre sí mismo es revelada, a quién y con qué motivo”. (p. 4).

El Juramento Hipocrático es el documento más antiguo que expresa los deberes y responsabilidades del ejercicio de la medicina.

La Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de enero de 2017), a cargo del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), es a la que compete el resguardo del secreto profesional en los institutos de salud públicos, en el artículo 3º, fracción IX se define como datos personales a:

“Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Se considera que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información”.

Asimismo, en la fracción X, de ese mismo artículo define los datos personales sensibles como:

“Aquellos que se refieran a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. De manera enunciativa más no limitativa, se consideran sensibles los datos personales que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, opiniones políticas y preferencia sexual”. Bioética: Sela Bayardo, 2009 la define como “la conciencia de las ciencias médicas y biológicas, como una práctica dinámica, racional y reguladora de los valores éticos y deontológicos con la característica de ser multidisciplinaria y que tiene como objetivo la preservación de la dignidad humana en sus diversas expresiones”.

Ontológica: se define como los estados de lo humano al comienzo y al final de la vida; el estado vegetativo persistente, relación entre la dotación genética y la identidad del individuo.

Dilema: Altamirano M. (2009) menciona que el dilema existe cuando se presentan “dos cursos de acción que después de un examen riguroso parecen igualmente buenos o malos, pero inevitables, en el sentido en que un individuo se ve forzado a elegir alguno de los dos cursos”.

Ética clínica: Altamirano M., 2009 define la ética clínica como: “una disciplina practica que provee un enfoque estructurado para asistir a los médicos a identificar, analizar y resolver temas éticos en la medicina clínica”.

III. ORIGEN DE LA BIOÉTICA.

Etimológicamente el termino bioética está compuesto por “*bios*” (vida) y “*ethiké*” (ética), uniendo de esta forma la ciencia de la vida (biología) con la práctica y el desarrollo de juicios morales.

El término “bioética” es mencionado por primera vez en el libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (1971) escrito por Van Rensselaer Potter, en este libro el autor propone como definición de la bioética “[...]aquel estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales”.

En su libro Van Rensselaer habla sobre el desarrollo ético-moral de las distintas profesiones, siendo la más antigua la medicina. En la Medicina Occidental el juramento hipocrático es el antecedente histórico con más relevancia y que continúa siendo el referente al momento de graduarse, “donde se jura ante los Dioses antiguos que el ejercicio de la profesión médica será siempre anteponiendo una serie de juicios morales y éticos sobre la práctica de la ciencia en el paciente”.

La definición de “bioética” ha pasado por diversos cambios que se han generado según el contexto histórico y el ambiente en que se desarrolle la profesión.

La descripción de Sela Bayardo (2009) sobre la bioética es valiosa, debido a su amplitud al no centrarse únicamente en la práctica médica y manejar la bioética de manera activa e integrada por diferentes disciplinas y su orientación al cuidado de la dignidad humana.

Desarrollo de la Bioética en México

La aparición de la bioética en México data de 1970, fue en la Facultad de Medicina de la UNAM, donde se iniciaron cursos optativos de filosofía e historia impartidos por Martínez Cortés y Carlos Vicente.

En 1984 mediante una serie de simposios realizados por la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, surge el interés por impartir cursos y materias dirigidas a la formación ética y bioética de los alumnos. Posteriormente, en la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad la Salle (FMM), se impartiría la materia de bioética por el Doctor Julio Roldán.

Para febrero de 1986, se constituye legalmente la Academia Mexicana de Bioética, por un grupo de profesores de la FMM encabezados por su entonces director Abdo Bisteni, que como mencionan sus estatutos fue “consagrada para promover el estudio, la investigación y la divulgación de la ética médica y biológica”. Este organismo ha sido considerado representativo de la Bioética a nivel nacional, siendo que desde su origen buscó ser una institución abierta a todo el público que tuviera interés en promover los valores con que fue fundada.

En octubre de 2000, se fundó la Comisión Nacional de Bioética. En donde está definida como “un organismo permanente de estudio, discusión, análisis y capacidad para emitir opiniones y tratar de normar el comportamiento médico y otros profesionales afines [...]”

En septiembre de 2005, por decreto presidencial, la Comisión Nacional de Bioética se constituye como órgano independiente de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y operativa, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF: 07/09/2005).

Anteriormente, la medicina se ejercía con un efecto paternalista sobre los pacientes, siendo así que todas las decisiones y juicios eran únicamente valorados y llevados a cabo por los profesionistas de la salud que atendían a los individuos. Siendo así que el resguardo del secreto profesional recaía en el criterio del profesionista sin la inclusión de la decisión individual de los pacientes. Con la llegada de la carta de los Derechos de los Enfermos (1972, Estados Unidos) se busca dar énfasis al derecho de la autonomía del paciente, de ser informado sobre toda situación que a él le concierna, para tomar decisiones respecto a su salud. Posteriormente, con la llegada de las cuestiones ontológicas (el entendimiento de los estados del individuo involucrados entre el desarrollo de la vida hasta la muerte) se plantea la autonomía del individuo no solamente en aspectos médicos sino también respecto a sus *datos personales*, dando origen al planteamiento de una revisión sobre este efecto paternalista donde al médico es al único que le compete la relevancia del resguardo del secreto profesional. Parte fundamental de la educación del estudiante de medicina se basa en el juramento Hipocrático donde se menciona el secreto profesional como uno de los pilares de la práctica médica, es importante destacar que, aun existiendo esa base moral en el desarrollo del profesionista, existen hoy en día situaciones donde no se procura el resguardo del secreto profesional.

IV. SECRETO PROFESIONAL.

Fernández (1999) define el secreto profesional como “[...] la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia, obliga al médico aun después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al médico, sino lo que él vea y conozca, directa o indirectamente, sobre el proceso patológico y su vida, extendiéndose a su familia”

Por su parte, en el juramento Hipocrático se menciona del secreto profesional lo siguiente:

“Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiya y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes [...]. Lo que, en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”.

Con base en lo observado por distintos estudiantes de medicina en sus rotaciones clínicas se ha visto que en los campos hospitalarios no siempre se cumple con lo mencionado en el juramento Hipocrático ni en las distintas definiciones del

secreto profesional, como la descrita por Fernández en 1999, antes citada.

Distintas asociaciones han realizado énfasis en el secreto profesional y el mantenimiento del mismo dentro del ámbito laboral; un ejemplo de ello se observa en la Declaración de Ginebra de la Asociación Mundial de Médicos (1948) donde se pedía de manera reiterativa al médico el respeto a los secretos confinados por los pacientes, que son todos aquellos secretos que en un ambiente de confianza y dentro del espacio en que se otorga la consulta o asesoría médica, el paciente revela al médico. Posteriormente la importancia del resguardo del secreto profesional es establecida en el Código de Ética Médica (1999).

Actualmente en México, la protección de los datos personales por parte de los institutos de salud públicos, se establece en La Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; desde el punto de vista jurídico, en el Título noveno, capítulo 1º artículo 211, del Código Penal Federal vigente (publicada su última reforma en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de junio de 2017). Se estipula la sanción que se impondrá a los profesionales que presten servicios públicos con una sanción de uno a cinco años, multa de cincuenta a quinientos pesos y suspensión de su profesión de dos meses a un año.

En el artículo 70, fracción V de la misma ley, se establecen los supuestos donde no es necesaria la autorización previa para el uso de datos personales:

“Cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios, siempre y cuando dichos fines sean acreditados [...]”.

Podemos observar que el estado de salud y mental del paciente debe ser tomado en cuenta para la aprobación o desaprobación del manejo de sus datos personales.

Por su parte en la Ley General de Salud, fracciones IX y X del artículo 77 Bis 37, se establece el derecho del paciente para otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos, así como a ser tratado con confidencialidad por parte del médico.

Por lo tanto, los juicios médicos y psiquiátricos son primordiales para decidir otorgar o no el derecho de la autonomía del individuo, dejando un hueco jurídico entre lo que antepone el médico como un estado óptimo para su libre autonomía y un estado que pueda justificar un consentimiento sin aprobación directa por parte del paciente, cayendo en el paternalismo médico que antes existió.

A la autonomía del individuo también corresponden factores sociales y legales independientes a la práctica profesional sanitaria. Por ejemplo, el matrimonio. En caso de que un cónyuge no esté en condiciones de ejercer el principio de autonomía, su pareja podrá tomar decisiones en su lugar. Otro caso es el de la minoría de edad, en donde los padres o tutores legales son los que toman las decisiones por ellos.

Dicho esto, es de suma importancia brindar atención a los pacientes conscientes de su individualidad, poder de decisión y respeto a la confidencialidad de la información relacionada con su estado de salud.

Relación médico – paciente.

La relación médico- paciente es aquella interacción que se genera entre el profesionista de la salud y el individuo que

requiere atención. Diversos sucesos han generado cambios en la manera en que se lleva a cabo esta relación, como son: aspectos legales, formativos, culturales, políticos y económicos, entre otros.

El médico requiere tiempo para escuchar con atención al paciente, examinarlo minuciosamente y realizar una serie de cuestionamientos para la elaboración de la historia clínica que ayude al desarrollo de un juicio médico. Para lo que es necesario construir una relación abierta y de confianza donde la confidencialidad es importante para la obtención de datos relacionados con hábitos y conductas que impactan en la salud del individuo. Esta relación, narrada desde el “*Corpus Hippocraticum*”, ha permitido una atención personalizada, efectiva y benéfica sobre la atención médica del individuo.

Como mencionan Sánchez y Contreras (2014), “en la actualidad existe un déficit en la atención del individuo ocasionando disminución en los tiempos de atención y énfasis en su cumplimiento, que provoca errores por parte del médico e insatisfacción en el paciente”. Al no existir una relación médico-paciente efectiva, se disminuye el interés en ambas partes, ocasionando que el médico no solicite la autorización del paciente sobre el manejo de sus datos debido al desconocimiento del derecho de autonomía y confidencialidad por parte del mismo.

La ruptura del secreto profesional se realiza principalmente en tres áreas del ejercicio de la profesión médica; el área académica, el área profesional y el área social.

En el área académica, en el momento de que un profesional presenta un caso clínico o requiere de una interconsulta siempre debe proporcionar solamente aquella información que sea relevante para el manejo de su problema de salud. Es necesario tener cuidado de no proporcionar información que pueda ser sugestiva de la identificación del paciente o algún familiar.

En el área profesional, este suceso ocurre cuando médicos del mismo servicio de salud comparten información de sus pacientes sin ser necesario o relevante para mejorar el diagnóstico y manejo de los mismos.

En el área social es donde ocurren la mayoría de los problemas más representativos de la ruptura del secreto profesional, se da en lugares públicos o fuera del espacio hospitalario donde los médicos tratantes buscan desahogar las situaciones vividas en el ejercicio de su profesión. Al no estar en un área donde realizan su práctica profesional y por la necesidad de compartir con otros profesionistas, pueden surgir comentarios referentes a los pacientes tratados exponiendo información confidencial.

Asimismo, con la llegada de las redes sociales y la tecnología se han suscitado casos donde los estudiantes o los profesionales las utilizan para “mostrar” la situación de algún paciente sin el consentimiento del mismo.

Tatz (2008), menciona que aunque se han realizado avances tecnológicos y de conocimientos de forma abrumadora con el desarrollo de las nuevas tecnologías y el avance en el tiempo, es necesario establecer la relación médico-paciente como piedra angular, “[...] la confianza que se deposita en el médico por el paciente y sus familiares y los efectos derivados de la subjetividad de una mirada afectuosa, del tono de voz que traduce comprensión y que consuela, de la mano amiga que estrecha la del enfermo [...] mencionando así que todos esos elementos [...] no deben ni pueden ser sustituidos por

antibióticos de última generación o los antidepresivos más modernos”.

V. FORMACIÓN DEL MÉDICO.

La formación en la dimensión de la ética médica se realiza a través del ejemplo concreto de los profesionales, que al ejercer la medicina anteponiendo el bienestar del paciente tanto en la asistencia, la docencia y la investigación, permanece y forma al estudiante de medicina de manera indeleble.

Tatz (2008), presenta en su libro un análisis reflexivo sobre la realidad de los estudiantes mencionando que “[...] al graduarse los estudiantes (tanto de licenciatura como de especialidades), en muchos casos no adquieren cabalmente los conceptos de disciplina y que tampoco manejan de forma adecuada los problemas que cotidianamente se adquieren en el campo laboral”.

El autor refiere que no es suficiente la aplicación de materias o cursos donde se busque transmitir el conocimiento a los alumnos, planteando la necesidad de generar “aplicación del conocimiento” aconsejando “la metodología de estudio de casos, con la participación de profesionales con distintas formaciones, experiencias y puntos de vista” como una manera de conseguir un efecto deseado en el desarrollo de juicios morales efectivos en los estudiantes.

Tatz (2008) también habla de la importancia de la clarificación de diversos parámetros humanos como son el “[...] crecimiento demográfico, pobreza, contaminación ambiental y la destrucción del hábitat del hombre y otras especies vivas, así como las formas de dominación, explotación y exclusión de los seres humanos con el cambio que caracteriza a la sociedad contemporánea”, aunque parecieran no estar relacionados con la práctica médica moralmente correcta, se deben incluir en la formación académica y moral del estudiante para realizar juicios éticos eficaces, partiendo desde la individualidad de la persona.

Altamirano M. (2009) menciona que existen 3 áreas que se atienden en la formación de los estudiantes; estos son “conocimientos, habilidades y actitudes, de tal manera que el currículo de la licenciatura está formado por los aspectos teóricos fundamentales y la práctica médica, esencialmente las ciencias básicas de la biomédica”. Deben ser considerados como parte de la formación de los alumnos “los aspectos comportamental y social, que en su conjunto forman parte del perfil del egresado, en el que se incluyen habilidades clínicas generales para la toma de decisiones, la comunicación con el paciente y sus familiares y, desde luego, la ética médica: todo esto de la mano con un esfuerzo personal del alumno a base de estudio continuo y búsqueda constante de nueva información”.

Para Altamirano M. (2009) la división de la medicina del siglo XXI tiene dos vertientes, la medicina basada en evidencias (MBE) y la medicina centrada en el paciente (MCP) (o Medicina Humanistas MH/ Medicina Basada en Valores MBV). Ambas vertientes influyen directamente en la práctica profesional y la toma de decisiones del individuo.

La MBE surge en 1990, se enfoca a sustentar a partir de evidencias científicas biomédicas las intervenciones de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, este modelo de atención se centra en el entendimiento orgánico de la enfermedad y favorece el enfoque biologicista de la medicina,

ignorando los sentimientos que ésta causa en el paciente. La MCP tiene una perspectiva biopsicosocial combinada con los valores éticos de la profesión médica, centrándose en las necesidades emocionales y acordes al contexto sociocultural del paciente. Podríamos comentar que privilegia la atención personalizada al tratar de comprender como afecta al individuo el curso de la enfermedad, tanto en su individualidad como en su familia y comunidad.

La formación de los estudiantes del área de la salud debería comprender ambos enfoques a través del binomio MBE-MCP, que favorezca la atención de la enfermedad pero mediante la participación del paciente y el respeto a sus derechos como ente individual y humano antes que como objeto de estudio o práctica científica.

Ambas doctrinas se exponen desde la enseñanza hipocrática como: el “*phlinathropie*” y la “*philoteknie*”, el amor al hombre y el amor al arte-ciencia.

Se hace referencia a la MCP como la piedra angular de las nuevas ciencias salientes de la medicina, “desde la genética, la biología de la reproducción, trasplante de órganos hasta métodos de reanimación y mantenimiento de vida”. Los autores mencionan que el núcleo del razonamiento ético recae en identificar al paciente como un individuo “real y concreto, en virtud de su dignidad y estructura ontológica, la que define el ámbito del deber moral del médico y del enfermo”.

Kuthy (1993) menciona que la formación ética de los estudiantes del área de salud es ampliamente recomendada ya que “amplían sus perspectivas, desarrollan capacidades analíticas, crean conciencia ética, estimulan la creatividad y aceptan criterios u opiniones diferentes a las propias”.

Altamirano M. (2009) menciona que para fomentar un cambio efectivo y sólido en el criterio ético y moral de los individuos se requiere “[...] una educación continua y una vigilancia permanente de las actitudes en relación al médico-paciente y en el trabajo diario. Siempre con base en la disciplina y práctica [...]”.

Altamirano M. (2009) menciona una controversia el hecho de “[...] tener que presentar al alumno, desde su ingreso, un contacto con la enfermedad y los enfermos, con antecedentes claros de las mismas; sin embargo, durante esta fase del proceso de enseñanza- aprendizaje se debe comenzar a plantear el contemplar los ciclos básicos con simuladores que introduzcan al alumno al adiestramiento clínico, sin olvidar que las habilidades sobre la comunicación con el paciente y la ética médica deben aprenderse en la práctica diaria”.

“El discernimiento ético en el proceso de enseñanza- aprendizaje para el médico de futuras generaciones es una oportunidad para establecer límites y expectativas de los programas académicos vigentes en las distintas universidades, y proponer soluciones”. Altamirano M. (2009)

Es necesario revisar la ética de los estudiantes y profesionistas por medio de ejercicios de desarrollo prácticos y hacer énfasis en la ética informática para prevenir el mal uso de las redes sociales tanto de los alumnos como de los profesionistas.

El fin de la ética clínica en el desarrollo de un criterio y formación de un juicio en los estudiantes debe ser, como comenta Altamirano M. (2009), el de “[...] formar una reflexión crítica y sistematizada de los dilemas éticos de la

práctica clínica, y de tal manera inculcar en los estudiantes, en el médico y en el personal de salud una sabiduría práctica y la habilidad de apreciar valores y desarrollar virtudes que optimicen la relación médico-paciente y el cuidado del enfermo”.

Los ideales individuales y trasfondos socioculturales juegan cada uno un papel importante para la formación de un juicio ético.

Las escuelas y las instituciones de salud afines se convierten en centros de investigación de la ética y la responsabilidad para afrontar el mundo en que vivimos.

VI. CONCLUSIONES.

El juramento hipocrático en distintas instituciones de salud y educativas, sigue siendo el pilar de la formación ética de los futuros profesionistas, pero se ha dejado de lado la reflexión crítica por parte de los médicos acerca de los principios éticos que determinan la confidencialidad de la información que les es depositada por los pacientes.

Es importante considerar la posibilidad de realizar un análisis del juramento hipocrático y su vigencia en el contexto sociocultural de la población mexicana y del propio profesionista.

La ética médica debe ser abordada en la educación de forma teórica y realizar diversos ejercicios que permitan su desarrollo proactivo en el ejercicio clínico.

En el proceso educativo del alumno todo aquel que dirija y participe en su proceso de formación deberá ser ejemplo de una práctica profesional ética.

En la enseñanza de la ética se requiere de modelos de comportamiento ético por parte de los maestros ante el paciente y su práctica profesional para reforzar la formación del alumno.

Se han planteado, anteriormente en el texto, los principios éticos y morales en que se fundamenta la profesión médica, así como una revisión de diversos autores con respecto al manejo de estos principios en modelos más actuales como es el de las redes sociales. Si bien es cierto el medio social que rodea a los estudiantes y los profesionistas médicos influye directamente en la formación de un juicio ético y moral, también debe mencionarse que estos principios siguen siendo necesarios como la base de la formación ética.

Las sociedades actuales y el acceso a nuevas tecnologías nos predisponen a la ruptura del secreto profesional en la práctica médica, si bien las bases deben ser las mismas, se debe regular el uso de las redes sociales y el ambiente que rodea al profesional médico para un correcto actuar ético y profesional.

IX. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Doctora María Teresa Velasco Jiménez por su apoyo y participación dentro del proyecto permitiéndonos desarrollar nuevas habilidades dentro del área de la investigación.

Queremos expresar también nuestro agradecimiento a la profesora Mónica Ruiz Esquivel por su apoyo en la realización de este trabajo y en aportar las bases éticas profesionales sobre el manejo de los pacientes en el área médica, así como el apoyo

para la obtención de distintas fuentes bibliográficas y su búsqueda adecuada.

De igual manera extendemos un fuerte agradecimiento a la FMM por su compromiso con la formación de los alumnos de la licenciatura de medicina, no sólo proporcionando las herramientas y el ambiente óptimo para el desarrollo académico, sino también por el constante interés de los profesores y directivos por aportar a la formación de los alumnos un pensamiento con criterio, ético y moral que permita un desarrollo profesional adecuado.

REFERENCIAS

1. Altamirano Bustamante, M., Altamirano Bustamante, N., Garduño Espinosa, J., García Pavón, R. and Muñoz Hernández, O. (2009). Dilemas éticos en la práctica clínica, Análisis y discernimiento. 1st ed. Ciudad de México: Corporativo intramedica (CORINTER).
2. Antonio Remis, D. (2009). Pasado y Presente del Juramento Hipocrático Análisis de su Vigencia. 1st ed. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Tucumán, (pp. 139-141).
3. Arrubarrena, A. (2011). La relación médico-paciente. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>. [Revisado 17 Jun. 2017].
4. Kuthy Porter, D. ed., (n.d.). Beneficios de la ética aplicada en la atención médica. In: Neurociencia y neurocirugía., 1st ed. Ciudad de México.
5. Bioética Origen y concepto. (2017). Recuperado de: <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-bioetica.pdf> [Revisado 17 Jun. 2017].
6. C. García Gual, D. Lara Nava, J. A. López Férrez, B. Cabellos Álvarez (1893). Tratados Hipocráticos (pp. 70-90), Editorial Gredos, España. . Recuperado de: <https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/11/hipc3b3crates-tratados-ipoocr3a1ticos-1.pdf> . [Revisado 17 Jun. 2017].
7. Código Penal Federal, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Diario Oficial de la Federación, 2017, (p. 60). Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_260617.pdf. [Revisado 17 Jun. 2017].
8. Delgado Marroquín, M. (2010). Confidencialidad y secreto médico. Atención Primaria, número 25, (pp. 6, 25, 440-443). Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78538-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78538-6). [Revisado 19 Jun. 2017].
9. Escobar Triana, J., & Aristizábal Tobler, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. Revista Colombiana de Bioética, número 6, (pp. 3, 6, 92-95). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18270/rcb.v6i3.1057>. [Revisado 19 Jun. 2017].
10. Heitzmann Hernández, M. (1999). El Secreto Médico: Actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica (Maestra). Universidad Complutense de Madrid Facultad de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia.
11. Fernandez Vazquez Juan Manuel (1999), Secreto profesional, Anales médicos Vol44. Núm. 1, (pp. 45-48). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-1999/bc991h.pdf> [Revisado 17 Jun. 2017].
12. Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de sujetos obligados. (2017). Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General de Servicios Parlamentarios, (pp. 1-18). Recuperado de: <http://inicio.inai.org.mx/LGPDPPSO/LGPDPPSO.pdf> [Revisado 27 Sep. 2017].
13. Mainetti, José Alberto, Cataldi Amatriain, Roberto, Mayer, Luisa. (2004). Bioética y humanidades médicas. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: editorial Biblos.
14. Morales González, J., Nava Chapa, G., Esquivel Soto, J. and Díaz Pérez, L. (2011). Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. 1st ed. Pachuca, Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
15. Pedro José Villamizar, Sandra Milena Moreno, Freddy Moreno. (2016). Manejo de las redes sociales electrónicas por parte de los estudiantes de medicina: el caso de la publicación de fotografías de los pacientes y el profesionalismo médico. Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia, (p 36, 10). Base de datos de Biomédica [Revisado 20 Jun. 2017].
16. Pineda, R., Margarita, M., & González, G. (2010). Reflexiones sobre bioética e ingeniería biomédica: intrínseca complementariedad. Revista Latinoamericana de Bioética, (núm. 2.), (pp. 14-16). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127020444001.pdf>. [Revisado 17 Jun. 2017].
17. Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Revista Cubana de Medicina Militar, número 4(p. 43).
18. Tanur Tatz, B., Córdova Pluma, V., Escarela Serrano, M. and Cedillo Pérez, M. (2008). Bioética en medicina. Actualidades y futuro. 1st ed. Ciudad de México: Alfíl.
19. Villalba, J., Arellano, M., Gómez, M., & Valdez, R. (2008). Generalidades de la bioética. Revista institucional nacional de enfermería resp mex, número 21,(pp. 4. 298, 300, 301).