



REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

# BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 6 núm. 10 enero - diciembre 2015

## El trasplante de córnea y la bioética

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Inéz Díaz Muñoz

J. Jesús Hernández Romero

César Humberto Botello Ortíz

## La bioética en la naturaleza, el hombre y la salud

Ana María Millán Velázquez

## La bioética en la era del pragmatismo

Enrique Argüelles Robles

# 10 años

# de bioética en el Estado de México

# *Comisión de Bioética del Estado de México*

---



## Valores con sentido humano

Empatía

Tolerancia

Responsabilidad

Honestidad

Respeto

Pluralidad

Laicidad

Asertividad

# BIOÉTICA Y SALUD

## Directorio

**Gobernador Constitucional del Estado de México**

**Secretario de Salud y presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México**

- **Elizabeth Dávila Chávez**  
**Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México**
- **Ana María Millán Velázquez**  
**Responsable Estatal de Bioética y secretaria técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México**
- **Representantes de Instituciones que integran la Comisión de Bioética del Estado de México**

REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO "BIOÉTICA Y SALUD". Año VI, núm. 10, Enero - diciembre 2015. Es una publicación semestral. Editada y distribuida por el Instituto de Salud del Estado de México. Independencia Oriente, No. 1009, col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, C.P. 50070. Toluca, Estado de México, teléfono: (01 722) 2-14-26-05, página web: [www.salud.edomex.gob.mx](http://www.salud.edomex.gob.mx); correos electrónicos: [isem.eibioetica@edomex.gob.mx](mailto:isem.eibioetica@edomex.gob.mx); [comisionbioeticaedomex@gmail.com](mailto:comisionbioeticaedomex@gmail.com). Editor responsable Dra. Ana María Millán Velázquez. Certificado de Reserva de Derechos: 04-2012-011315374600-102, ISSN: 2007-2864 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas de la Secretaría de Gobernación. Inscrita en Latindex No: 23151, en mayo de 2014. Impresa por GARPIEL S.A. de C.V., col. Sector Popular, C.P. 50040, Toluca, Estado de México, este número se terminó de imprimir el 14 de diciembre de 2015, con un tiraje de 500 ejemplares. Distribución gratuita.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Secretaría de Salud del Estado de México.

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/05/05/15.

### Consejo editorial:

César Nomar Gómez Monge  
Elizabeth Dávila Chávez  
Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero

### Comité editorial:

José Pedro Montoya Moreno  
Jesús Luis Rubí Salazar  
Lizdah Ivette García Rodríguez  
Emma Verástegui Avilés  
Leopoldo Morales Palomares  
Juan María Parent Jacquemin  
Elba Galicia Martínez  
Claudia Terán Cordero  
Manuel López Kneeland  
Jorge Elliot Rodríguez

### Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

### Comité de redacción:

Elías Miranda Román  
Jorge Cruz Borrero  
Miguel Ángel Cruz Muciño  
Víctor Gutiérrez Gómez

### Diseño e imagen:

Erika Viridiana Mejía Millán

### Fotografía:

Unidad de Comunicación Social del ISEM  
Hospitales del Sector Salud

### Corrección de imagen institucional:

Subcomité Editorial de la Secretaría de Salud

### Corrección de estilo:

Revisión a cargo del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal

Los trabajos publicados en esta revista no expresan necesariamente el punto de vista de la Comisión de Bioética del Estado de México, el contenido es responsabilidad del autor.

# Contenido

<b>Presentación</b>	3
<b>Editorial</b>	4
<b>Diálogo bioético</b>	
<b>La bioética en la era del pragmatismo</b>	6
Enrique Argüelles Robles	
<b>Estatus jurídico del embrión humano en México</b>	10
Luis Guillermo Flores Chavez	
<b>Bioética: hacia una calidad de vida digna para los animales no-humanos</b>	16
Hilda C. Vargas Cancino	
David E. Velázquez Muñoz	
<b>De la ciencia a la conciencia</b>	
<b>La bioética en la naturaleza, el hombre y la salud</b>	26
Ana María Millán Velázquez	
<b>El trasplante de córnea y la bioética</b>	30
Gabriel J. O´Shea Cuevas	
Inéz Díaz Muñoz	
J. Jesús Hernández Romero	
César Humberto Botello Ortíz	
<b>Perspectivas médicas y reporte de casos</b>	
<b>Aspectos éticos en el manejo y tratamiento del recién nacido con Cool-cap</b>	34
Nancy Hitayetzy Santamaría Benhumea, Víctor Manuel Villagrán Muñoz, Elga Cristina Reyes Miranda, Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Javier Edmundo Herrera Villalobos, Ángel Sánchez Martínez, Acela Marlen Santamaría Benhumea	
<b>Violencia obstétrica</b>	40
Jesús Luis Rubí Salazar	
<b>Fuente informativa en bioética</b>	
<b>Disposiciones Generales en Bioética</b>	48
Ana María Millán Velázquez	
<b>Espacio libre y cartas al editor</b>	
<b>Cuando ya no hay más que hacer, es cuando tenemos que hacer más</b>	56
José Pedro Montoya Moreno	
<b>Lecturas recomendadas</b>	
<b>La nostalgia del absoluto de George Steiner</b>	60
Marisabel Rivera Jiménez	
<b>Encuentro Nacional de Bioética, Una década de cultura bioética en el Estado de México</b>	65
Lizdah Ivette García Rodríguez	
<b>Diplomado: La aplicación de la bioética en los servicios de salud</b>	70
Erika Viridiana Mejía Millán	
<b>Curso: Búsqueda y recuperación de información en bioética y ciencias de la salud</b>	73
Raúl Héctor Rodríguez Otero	
Erika Viridiana Mejía Millán	
<b>Normas para la presentación de colaboraciones</b>	76



# Presentación

La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia atrás,  
pero ha de ser vivida mirando hacia adelante.

*Soren Aabye Kierkegaard*

**C**on este pensamiento de Kierkegaard, la Comisión de Bioética del Estado de México agradece profundamente a sus integrantes y colaboradores su activa participación en estos 10 años de trabajo continuo, en cumplimiento de la misión de implementar una cultura bioética en los trabajadores de la salud para mejorar la calidad de los servicios.

Las nuevas experiencias que la bioética ha aportado a la práctica de la medicina, se puede comprender realizando una mirada hacia atrás —como dice Kierkegaard— ubicándola como una expresión humanista del hombre por el hombre, con ideas abiertas al diálogo y la disertación multidisciplinaria, y que al paso de los años ha encontrado un lugar de desarrollo muy importante en el área de la salud, como una manifestación de transformación personal sobre la importancia del actuar y marcar un rumbo correcto en el asentamiento de una renovada cultura de derechos humanos.

Esta disciplina ha permitido una confluencia de ideas, dando pie a una pluralidad viva y avanzada para crear condiciones adecuadas para la atención clínica y la investigación en salud.

Y con la mirada hacia adelante, nos sirve para ser más humanos, reconocer el mundo en el que vivimos y desarrollar un espíritu más crítico para mejorar nuestro entorno, con un sentido de responsabilidad personal y social, lo que requiere de un esfuerzo conjunto para transformar y mejorar la historia.

En consecuencia, estamos decididos a continuar con esta causa que tiene como fin reconocer la dignidad de las personas, por lo que valoramos y agradecemos a las personas que comparten sus trabajos y sus conocimientos con el propósito de construir en el proceso la conciencia de protección de la dignidad humana.☞

**Secretario de Salud del Estado de México**

# Editorial

**E**n las páginas de esta décima edición se cuenta con valiosos artículos que permitirán a los lectores advertir experiencias significativas, ya que la información se encuentra muy vigente y el lector podrá probarlo a medida que avance cada una de sus páginas y en la comprensión de sus temas.

Con la convicción de garantizar el derecho a la salud con calidad y calidez para todos y cada uno de los mexiquenses, es necesario crear una perspectiva humanista de respeto y buen trato en los trabajadores de la salud que responda a las expectativas de la población que demanda sus servicios, por lo que se hace necesario difundir la Bioética, como un instrumento que guíe el desarrollo de habilidades para el “deber ser” y el “saber ser”.

Los artículos publicados favorecen a la reflexión y promueven mejoras en áreas específicas. En la sección de Diálogo Bioético, el tema *La bioética en la era del pragmatismo*, hace referencia a los cambios sociales, políticos y económicos en la sociedad y acentúa la actual inconformidad médica y la exigencia del consentimiento informado; así como el de tomar en cuenta la dignidad, la autonomía, y la libertad del individuo en la asistencia y en la investigación biomédica bajo el pragmatismo. Se publican otros temas de gran importancia como, el *Estatus Jurídico del Embrión Humano en México* y *La Bioética: hacia una calidad de vida digna para los animales no-humanos*.

En los apartados De la ciencia a la conciencia, Perspectivas médicas y reporte de casos y Fuente informativa en bioética se dan a conocer temas: *La Bioética en la naturaleza, el hombre y la salud*, *El trasplante de córnea y la bioética*, *Aspectos éticos en el manejo y tratamiento del recién nacido con Cool-cap* y las *Disposiciones Generales en Bioética*. Así mismo en el apartado de Espacio libre y cartas al editor se publica *Cuando ya no hay más que hacer es cuando tenemos que hacer más* y por último Lecturas recomendadas con el libro *La nostalgia del absoluto* de George Steiner el cual habla de las mitólogas sustitutivas de las religiones tradicionales; temas que aportan conocimientos que responden a las necesidades de promover una cultura de ética profesional e integridad personal.☞

# Diálogo Bioético



# La bioética en la era del pragmatismo

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Enrique Argüelles Robles**

Presidente del Consejo Estatal de Bioética en Zacatecas

**Resumen:** después de la Segunda Guerra Mundial las sociedades sufrieron algunos cambios sociales, políticos y económicos de mucha importancia, que también se vieron influenciados por los avances tecnocientíficos.

La sociedad de los Estados Unidos de Norteamérica, acentúa su inconformidad médica y exige consentimiento informado; tomar en cuenta la dignidad, la autonomía, y la libertad del individuo en la asistencia y en la investigación biomédica, principalmente bajo el pragmatismo.

Latinoamérica y particularmente México tienen diferencias económicas y culturales severas y requieren otros tratos bioéticos por su tradición cultural grecolatina. El equipo médico latino y mexicano en particular, debe hacer una hábil combinación en los métodos de valoración en la bioética clínica ante estas diferencias culturales.

**Palabras clave:** bioética, principalismo, diversidad cultural, dilemas.





**E**n la segunda mitad del siglo XX y en consecuencia del fin de la Segunda Guerra Mundial, se presentaron grandes cambios en las sociedades, principalmente europeas y norteamericanas; las causas sintetizadas fueron: la promulgación de los derechos humanos, el avance técnico-científico y la llegada del posmodernismo, éste último acentuado con la caída del muro de Berlín.

Hubo algunas variaciones en el ejercicio médico, principalmente en la relación con su paciente, por los nuevos métodos terapéuticos y los sentimientos de dignidad, respeto y la autonomía del enfermo.

En las organizaciones médicas internacionales que vigilan estas relaciones profesionales, impactaron mucho los experimentos en los seres humanos sin sus consentimientos,

fueron investigaciones que se hicieron en muchos países, como Alemania, (nazismo) Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica aquí en América principalmente. Estas investigaciones motivaron protestas sociales ante los tribunales de juicios por demandas de abusos y malas prácticas. Los reclamos fueron sobre abusos profesionales, intervenciones terapéuticas no bien explicadas ni justificadas; se aplicaron células cancerosas en ancianos desahuciados; se inyectaron virus de hepatitis a los niños deficientes mentales; se inocularon treponemas de la sífilis a negros indigentes, deliberadamente y sin ninguna terapéutica específica, para conocer la evolución natural de la enfermedad, lo que dio origen al esquema de Morgan.

Se presentaron demandas, también, sobre las diálisis en enfermos insuficientes renales,

sobre los trasplantes, la limitación del esfuerzo terapéutico, el uso de células embrionarias, la reproducción asistida, etcétera.

Consecuencia de lo anterior fue la formación de comités hospitalarios de asistencia e investigación, esta última en los seres humanos; se actualizaron y crearon nuevos códigos, para el ejercicio médico, tanto nacionales, como de compromiso internacional.

La idea es el respeto a la dignidad humana, a la autonomía y a la libertad del paciente, plasmado en el informe Belmont, este como consecuencia de la disposición nacional de una comisión específica creada por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, con ello se disminuyeron las demandas legales, fenómeno social que justificadamente asusta a la población de filosofía pragmática, pero que minimiza a la ética.

En realidad lo que sucede es que se reglamentó lo que ya se conocía desde los tiempos aristotélicos y sofísticos. Con el pensamiento de Protágoras: “el hombre es la medida de todas las cosas”, corriente filosófica antecesora del relativismo y en cierta forma del pragmatismo. Esta inclinación pensamiento nace de Charles Sanders Peirce, de John Dewey y de William James desde hace aproximadamente ciento treinta años, bajo el criterio de que solo es verdadero lo que funciona, que no hay verdades absolutas, que solo vale la consecuencia de las cosas; estando en contra del formalismo kantiano y del realismo cartesiano.

El avance científico y técnico tan acelerado y verdadero, despertaron las preocupaciones de Van Rensseleer Potter y de Hans Jonas sobre el futuro de la especie humana en esta carrera con la ciencia. Así como el deber de darle el sentido humanitario y humanista a la relación del médico y su paciente, lo mismo a los fenómenos de la vida y enmarcar toda acción con los valores morales (Warren T Reich).



El pragmatismo y el utilitarismo funcionan bien en Estados Unidos de Norteamérica y en Inglaterra, así como el empirismo representado por Jeremy Betham y John Stuart Mill. En Europa continental parece predominar el pensamiento deontológico de Kant.

En América Latina es difícil practicar estas ideas por sus condiciones históricas, sociales, económicas y políticas; se aconseja en primer lugar la prudencia a investigadores, la prevención a posibles iatrogenias, la precaución ante lo desconocido y la protección a los más frágiles.

En el análisis de dilemas en la bioética clínica, se usa frecuentemente el Principialismo de Beauchamp y Childress: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, en los que se nota el vacío de los principios morales ordenadores para la actividad humana.

Así como el método de Jonsen y Toulmin, la neocasuística, donde los valores morales se soslayan. El método de Galveston no tiene nada de ética y en el de Diego Gracia apenas se asoma tímidamente la ética. Para nada aparece la axiología de los valores de Max Scheler.

El criterio de los empiristas ingleses es el siguiente: “sobre la integridad triunfa lo sensible, sobre la idealidad la utilidad; sobre la universalidad: la individualidad; sobre la eternidad: el tiempo; sobre el deber: el querer; sobre el derecho: la fuerza; sobre el todo: la parte; sobre la necesidad: el puro hecho”. Johannes Hirschberger.

Todos los modelos del consentimiento y el asentimiento informados, el privilegio terapéutico, la reglamentación del paternalismo, etcetera, son muy útiles y bienvenidos. Los mexicanos tan proclives a las imitaciones por nuestra débil personalidad hemos copiado rápidamente lo anterior, pero encontramos que para dirimir los dilemas de bioética clínica heredamos una cultura milenaria basada en: el humanismo socrático; el idealismo platónico; la deductibilidad lógica aristotélica; los conceptos monoteístas del bien y del mal, del mítico y legendario “viejo de la montaña”, (Zoroastro, 1,700 a.c.) que los persas y los árabes llevaron a España y luego hacia nosotros. Como también nos dieron la gran cultura grecolatina, esta con Marco Tulio Cicerón, aquella con los filósofos griegos del maravilloso abstraccionismo. Luego de la multitud de pensadores filosóficos de la Edad Media, injustamente vilipendiada; posteriormente de Kant, de Rene Descartes, etcetera. Toda esta riqueza la tenemos en nuestro espíritu: somos para bien o para mal, simples y modestos resúmenes. “Por mi raza hablará mi espíritu” (Vasconcelos).

Habrá que hacer un esfuerzo al interpretar el sentido de las dos culturas: la que nos invade y la que tenemos metida en el alma.☞

#### Referencias bibliográficas

- Hirschberger, J. (1994) *Historia de la Filosofía II*. Barcelona España: Herder.
- Reich, W. T. (1978) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MACMILLAN.

# Estatus jurídico del embrión humano en México

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Luis Guillermo Flores Chávez**  
Miembro del Consejo Estatal de Bioética como Vocal  
de Bioética y Juventud en Zacatecas

**Resumen:** desde el punto de vista jurídico, la protección del embrión humano se ha de analizar desde la protección de la vida humana y el reconocimiento que la ley le otorga. Muchas son las cuestiones en relación a la vida humana. ¿Cuándo inicia? ¿Quién es persona? ¿El embrión es ser humano? ¿El derecho debe proteger al embrión? ¿Qué dice la Constitución?

El Bioderecho, como nueva disciplina y resultado de la suma de Bioética y Derecho, tiene como objeto principal reflexionar sobre este tipo de temas, incluyendo el del status jurídico del embrión humano.

El *nasciturus* se encuentra en un punto controversial ante la ley. Está involucrado en distintas técnicas que avanzan rápidamente y que no están reguladas totalmente por la ley (la reproducción asistida, la maternidad subrogada, la crioconservación de embriones, la manipulación genética, el controvertido tema del aborto, etc.) Es importante analizar el marco legal vigente a nivel internacional, nacional e incluso de algunos estados para conocer el lugar que ocupa el *nasciturus* en el Derecho Mexicano. Conuerdo con Laura A. Albarellos que “del status jurídico que se le reconozca al embrión, dependerá la clase de actos que sobre él puedan ejercerse.”

**Palabras clave:** embrión humano, *nasciturus*, status jurídico, bioderecho.





### ¿Cuál es el estatus jurídico del embrión humano en México?

**D**esde el punto de vista jurídico, la protección del embrión humano se ha de analizar desde la protección de la vida humana y el reconocimiento que la ley le otorga. Muchas son las cuestiones en relación a la vida humana. ¿Cuándo inicia? ¿Quién es persona? ¿El embrión es ser humano? ¿El derecho debe proteger al embrión? ¿El embrión posee dignidad? ¿Qué dice la Constitución?

Para Moore (2009), embrión (del gr. Q) es “el ser humano en desarrollo en sus etapas iniciales. El periodo embrionario se prolonga hasta el final de la octava semana (56 días), momento en el cual están presentes los inicios de todas las estructuras principales”. Dentro del ámbito nacional, la Ley General de Salud en el Art. 314 Ap. VIII define al embrión como “el producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional”.

La ciencia puede influir directamente en el Derecho. No obstante, existen diversas

posturas en relación al inicio de la vida; para algunos la vida no comienza hasta que se ha formado la línea primitiva que dará paso al sistema nervioso central, para otros la vida inicia con la *anidación*, y para la mayoría de los científicos y médicos la fecundación marca el inicio de una nueva historia.

El problema fundamental está aquí, en la controversia del inicio de la vida. El segundo problema que surge es ¿quién y a partir de cuándo debe considerarse como persona humana?

### La Persona Humana

Para unos, el embrión humano hay que considerarlo como persona desde el momento de la fecundación; para otros, el embrión humano no puede ser considerado una persona desde el momento de la fecundación, sino en posteriores estadios del desarrollo embrionario y fetal, y para algunos, incluso, después del nacimiento (Instituto Borja, 2009).

En la definición de persona encontramos una serie de variaciones según la ciencia o



disciplina de que se trate. Por ejemplo, para Boecio la persona es la “sustancia individual de naturaleza racional”, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua la define como “Individuo de la especie humana”, en cambio la persona es un “Animal dotado de facultades mentales” para el Diccionario de Filosofía de Mario Bunge, y así podríamos seguir. En cambio, para el derecho, según la definición dada por el doctrinado Eduardo García Maynez “Se da el nombre de sujeto o persona, a todo ente capaz de tener facultades y deberes”.

Cabe mencionar que aquí tiene una gran influencia la discusión de las dos corrientes más significativas del derecho que aún no han podido comulgar del todo: el positivismo y el iusnaturalismo. Para la primera corriente, las normas que tienen valor son las que se

han plasmado en constituciones o códigos; en cambio, para la corriente iusnaturalista, los derechos los tenemos por el simple hecho de ser personas, las leyes no nos los otorgan, solo los reconocen.

Para Vila-Coro (2010), el concepto de persona humana se ha contaminado por el término de personalidad jurídica, por lo que podemos decir que la persona continúa siendo humana aunque ante el derecho no lo sea.

### **El Nasciturus**

El Nasciturus (latín “el que está por nacer”) Jurídicamente es el ser humano meramente concebido mientras permanece en el claustro materno. Esta figura aparece en el Derecho Romano y continúa actualmente.



## El derecho a la vida

El derecho a la vida es un presupuesto indispensable, porque sólo sobre las personas pueden recaer derechos y obligaciones; así, no puede hablarse de libertad humana, ya que la persona no tiene la posibilidad de crear la propia vida, en consecuencia, la ley es la encargada de reconocerla y preservarla (Pavón, 2006).

La vida es un derecho fundamental, el cual se encuentra reconocido en todas las legislaciones del mundo y en los tratados internacionales. Sin la vida no es posible hablar del resto de los derechos humanos que nos corresponden como personas.

Conviene observar, según Pampillo (s/f) que la vida tiene dos proyecciones distintas dentro de nuestro derecho mexicano:

- Como derecho fundamental: todos tenemos derecho a la vida. Correlativamente, el Estado tiene la obligación de respetar nuestra vida y de no atentar contra ella, y protegerla.
- Como bien jurídico: La vida debe ser reconocida, respetada y tutelada por los ordenamientos jurídicos. Es la raíz de todos los demás bienes jurídicos, pues sin ella no se puede ejercer ningún derecho.

Sin embargo, la discusión no está fundada en su importancia; se debate más bien sobre la extensión del derecho a la vida y los límites de su goce, cuando se contrapone directa o indirectamente con la vida de otras personas. La pregunta que podríamos hacernos es ¿La ley reconoce el derecho a la vida del embrión humano?

## Tratados internacionales

Gracias a las reformas constitucionales que se realizaron y publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011, ahora el Art. 1 establece que “todas las personas gozarán



de los derechos humanos reconocidos en la constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte”.

A nivel internacional existen diversos tratados que consagran el derecho a la vida: la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 3º y 6º), la Declaración Internacional con respecto al Concebido no Nacido (Art. 4º 6º y 7º), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Art. 9º y 61), Acta Helsinki (Art. 5º ap. B) y Carta Americana de Derechos Humanos (Art. 1º, 3º y 4º) por mencionar algunos.

### ¿Qué pasa en nuestro país?

Si analizamos ahora el marco legal nacional, en el Código Civil Federal en el Art. 22 encontramos que “La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código”. Esto nos indica que en algunas situaciones, como cuando el *nasciturus* es beneficiario de alguna herencia o sucesión, la ley lo protege.

Mientras tanto, en el Código Penal Federal en el Art. 329 considera como aborto a “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”; con lo cual, con sus excepciones, se garantiza una protección al concebido.

Por otra parte, el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la salud, en su Capítulo IV en los artículos 55 y 56 habla sobre la fecundación invitro (FIV) y la investigación con embriones; complementándose con el Título décimo cuarto de la misma Ley.

Sin embargo, en toda la República no hay una uniformidad en las legislaciones locales respecto al *nasciturus*. Por ejemplo, en estados como Coahuila, Jalisco, Quintana Roo

y Puebla, el *nasciturus* es considerado como incapaz, menor de edad y está situado en la etapa de la niñez; en Querétaro la constitución local en el art. 2 protege el derecho a la vida desde la fecundación y además el Código Civil (art. 399) contempla la adopción de embriones; la Ley Familiar de San Luis Potosí regula en ciertos aspectos la Reproducción Asistida. En estados como Tabasco y Sinaloa se permite la maternidad subrogada en la cual está involucrado el embrión humano.

### Derecho Comparado

A nivel internacional distintos países tienen legislaciones que ponen más en claro el lugar jurídico en el que se encuentra el embrión humano, por ejemplo: Argentina en su código civil protege al embrión desde la concepción; España tiene una Ley de Reproducción Humana Asistida, Ley de investigación biomédica y el Código Penal; la Ley de protección al embrión está vigente en Alemania; en Australia está permitida la investigación con embriones; en Dinamarca y Austria la investigación con los embriones sobrantes de la FIV está prohibida; en Irlanda la constitución protege al embrión desde su inicio; Italia posee la Ley sobre fertilización asistida; Japón por su parte permite la investigación con embriones sobrantes de FIV y su creación por clonación; en Reino Unido recientemente se lanzó el proyecto “bebés de tres padres” y en países como Finlandia, Bélgica y México no se tiene registrado mucho al respecto.

### Discusión sobre la despenalización del aborto en el Distrito Federal (DF)

En 2007 se abrió una discusión para despenalizar el aborto en el DF, se expusieron, entre muchas otras cosas, tres principales artículos consagrados en nuestra Constitución Política Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). En la siguiente tabla se muestra a grandes rasgos los argumentos de los grupos a favor y en contra de la despenalización del aborto:



Artículo	Contenido	A favor	En contra
1º	Derechos humanos. Igualdad. Prohíbe la discriminación que atente contra la dignidad y menoscabe derechos.	Embarazo forzado es una forma de esclavitud. La mujer es libre y autónoma.	La CPEUM defiende la vida de todos. No hace distinción entre enfermos incurables y sanos, entre nacidos y no nacidos.
4º	Igualdad hombre y mujer. Decisión libre, responsable e informada sobre los hijos. Protección a la salud.	La procreación es un derecho de libertad. Maternidad como ejercicio de libertad.	Igual derecho a la vida. Decisión sobre los hijos antes de concebirlos. La salud presupone la vida.
123 A. párr. V	Protección a las mujeres embarazadas en el trabajo. Garantizar la salud en relación a la gestación.	Protege a la mujer ya nacida, no del embrión por nacer como persona potencial.	Sin el nasciturus esta disposición no tendría sentido. Proteger derecho a la salud de ambos.

La conclusión de toda esta discusión fue la modificación del artículo 144 del Código Penal para el DF, que expresa “el aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”. Por lo tanto podemos decir que, en el caso del DF, el embrión humano se encuentra desprotegido por la ley, en efecto, la única protección que tiene es la decisión de la mujer para continuar con su embarazo.

### Conclusión: el embrión merece ser protegido

El aborto aún es un tema controversial en el que se ve involucrado de manera directa y palpable al *nasciturus*, sin embargo, ésta es una de muchas situaciones en las que el embrión humano está implicado, ya que podríamos mencionar entre otros la manipulación genética o la crioconservación de embriones, la clonación, la maternidad subrogada, o podemos preguntarnos ¿qué pasa con los embriones sobrantes de la FIV?, todas estas técnicas se han desarrollado rápidamente, y en nuestro país aún no existe un marco jurídico que regule este tipo de situaciones.

El bioderecho, como resultado de la suma de

bioética y derecho, surge precisamente para reflexionar y poner límites a las situaciones en las que se ve involucrada la vida humana.

Conuerdo con Albarellos (2007) en que “del status jurídico que se le reconozca al embrión, dependerá la clase de actos que sobre él puedan ejercerse”. La tarea pues del Bioderecho es proponer un análisis completo de las situaciones relacionadas al embrión para lograr su definición formal ante la ley y garantizar su protección ante las intervenciones artificiales del hombre, para así sancionar y castigar cualquier detrimento a su dignidad como parte de la especie humana.☞

### Referencias bibliográficas

- Albarellos, L., (2007). *Bioética con trazosjurídicos*. México: Porrúa.
- Instituto Borja, Vol. 15 N° 57. (2009). *Consideraciones sobre el embrión humano*. Bioética & Debat, p. 5.
- Lucas, R. L., (2006). *Bioética para todos*. México: Trillas.
- Moore, K. L., (2009). *Embriología Clínica*. s.l.:Saunders.
- Pampillo, J. P., s/f. *La vida en el derecho mexicano*. México: Gecox.
- Albarellos, L., (2006). *Estatuto Jurídico del embrión*. En: Estudios de Derecho y Bioética. México: Porrúa, pp. 51 - 58.
- Pimentel, G. D. G., (2009). *¿De quién es la vida?*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Trejo, F. F., (2004). *Bioderecho*. México: Porrúa.
- Vila-Coro, M. D., (2010). *La vida humana en la encrucijada*. Madrid: Encuentro.

# Bioética: hacia una calidad de vida digna para los animales no-humanos

**Hilda C. Vargas Cancino**

Profesora de Tiempo Completo de la Universidad  
Autónoma del Estado de México

**David E. Velázquez Muñoz**

Profesor de Tiempo Completo de la Universidad  
Autónoma del Estado de México

Fecha de recepción: mayo 2015.

Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Resumen:** se presenta un documento dirigido a generar reflexión y sensibilización hacia un trato digno hacia los animales no-humanos, como tarea importante de la Bioética, que genere un alerta en familiares, cuidadores y profesores cuando a temprana edad vean en los infantes conductas relacionadas a actos crueles con cualquier tipo de animal, sean insectos, tortugas, felinos, caninos, animales de granja, etc. Tanto por el respeto que en sí mismo merece el animal y por las implicaciones sociopatológicas que se derivan. El documento se integra de cuatro apartados: crueldad en los animales vs bioética, Crueldad animal y personalidad criminal, Enseñanza de los derechos de las animales en las universidades y en las escuelas, como propuesta y se culmina con un apartado de reflexiones finales.

**Palabras clave:** vida digna, bienestar animal.



“Hasta cuando se extienda el círculo de su compasión a todos los seres vivientes, la humanidad no podrá encontrar su propia paz”.

Albert Schweitzer

## Introducción

**E**l respeto a la dignidad del otro nos hace más dignos, en la misma medida, el proceder injusto con la otra o el otro, nos corrompe, nos envilece y va cerrando puertas a la confianza. Al principio, de manera silenciosa la gente valiosa, las mascotas y hasta las plantas, poco a poco se empiezan a alejar de aquel o aquella que los envilece, que se niega a reconocerles su dignidad, en el caso extremo las plantas se dejan morir, los

animales intentan huir y las personas pueden responder de manera sumisa, tragando su humillación y tristeza, otras veces esperan la primera oportunidad para huir, otras más, esperarán con infinita paciencia el momento oportuno para vengar las violencias recibidas.

Ningún ser acepta la injusticia. Puede tolerarla cuando cree que no existe otro remedio; sin embargo, la misma naturaleza ha pasado en numerosas ocasiones la factura a la humanidad por los excesos cometidos, y seguimos como raza, transitando como sino dejáramos huella en nuestro andar, pasando por alto la dignidad de nuestros congéneres, y más aún, la de los otros cohabitantes de la Tierra.

El presente artículo sostiene que la bioética va más allá del ámbito médico, integra la

reflexión de todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general, especialmente está dirigido a identificar diversas formas de crueldad con los animales, iniciando en la etapa infantil con las mascotas, se argumenta como este tipo de conductas pueden ser el preámbulo para conductas adultas altamente violentas, no solo con los animales no-humanos, sino en general con personas adultas y menores. Se incluye un apartado en el cual se enfatiza la necesidad de atender clínicamente no sólo a las víctimas, requieren también especial atención los perpetradores, una vez que se les vea también como humanos con derechos y se les respete como tales, es posible diseñar entonces una estrategia, tal vez nada simple, que les devuelva el amor a sí mismos y puedan lograr extender su círculo de compasión a todos los seres vivos, para que finalmente puedan tener paz, tal como reza la cita de Albert Schweitzer (Schweitzer en Ortega y Rodríguez. 2009).

### La crueldad con los animales vs. bioética

¿Qué es crueldad? Habría que establecer algunos parámetros para este término, pudiera ser obvio lo que significa, pero resulta bastante común que en general los adjetivos son interpretados de diversas maneras. Para algunos o algunas, la crueldad es confundida con “simples bromas” a costa del otro, para otros no se trata de actos crueles sino de algo normal o hasta justo en el trato con los demás, para otros más este término (aplicado a una misma situación) puede resultar un acto humillante, doloroso, bochornoso, de descuido u olvido, que incluso le deje huella emocional y física, no grata, para toda la vida de la víctima. Y todas estas posibilidades son aplicables tanto a animales humanos como no-humanos.

De acuerdo a la Royal Societies for the Prevention of Cruelty to Animals (RSPCA), comunidad de origen australiano, basada en la caridad para prevenir la crueldad animal y promover su cuidado y protección. La crueldad animal puede presentarse de diversas

formas, las cuales tienen que ver en mayor o menor medida con:

- Actos intencionales y manifiestos de violencia.
- Abandono.
- Negligencia o falta de cuidado en la salud, necesidades básicas o bienestar del animal.
- Daño psicológico que se traduce en angustia, tormento emocional o terror, proporcionado por sus “cuidadores” o por aquellos que tengan el control de la vida del animal (RSPCA s/año).

Sin embargo, en términos más generales la crueldad animal está asociada también con el abuso o con la negligencia, o específicamente con dañar físicamente, torturar; trasladar o transportar en formas incómodas, molestas y con repercusiones en su salud física o emocional; darle muerte a través de actos que le generen sufrimiento innecesario, desatender sus necesidades básicas, o incluso no proporcionar la compañía de otro ser, aún que tuviera cubiertas todas sus necesidades físicas, en tanto que las necesidades afectivas le son descuidadas, y generan impactos que pueden llevar a una tristeza profunda al animal, hasta llegar a la misma muerte.

El conocido filósofo australiano defensor del bienestar animal, Peter Singer (1985) retoma las palabras de Jeremy Bentham “Las preguntas no son ¿pueden razonar? Ni tampoco ¿pueden hablar?, más bien ¿pueden sufrir?”. Esa es parte de la cuestión bioética que debe abordarse con celeridad: que la humanidad haga primero conciencia de que los animales sufren: tanto físicamente como emocional o psicológicamente. Y que detrás de la irresponsabilidad de los cuidadores o supuestos cuidadores existe una multiplicidad de reacciones de sufrimiento en los animales no-humanos, y es expresado también de múltiples formas, y que muchas de ellas no se requieren ser etólogo o especialista en conducta animal, para darse cuenta del sufrimiento o del daño recibido. Otras manifestaciones de



daño pueden quedar disfrazadas como son el caso de las granjas industriales o de la venta de diversas mascotas y/o de animales en peligro de extinción, los circos, la tauromaquia o los palenques y charrerías que venden “entretenimiento”.

En ese tenor, Singer menciona la crueldad desmedida que puede vivir un pollo nacido y matado en una granja industrial, donde su sufrimiento esta desde el inicio de su vida hasta su sacrificio para ser convertido en comida para la humanidad carnívora, en comparación con la crueldad o desatención que puedan sufrir mascotas como gatos o perros:

“Hay unos 45 millones de ratas y ratones utilizados en laboratorios cada año sólo en los Estados Unidos; y en el mismo país, cada año, más de 3 mil millones de pollos son criados en granjas industriales, metidos en cajas en las espaldas de los camiones, y luego colgados boca abajo sobre la cinta transportadora que los lleva al matadero. La cantidad de sufrimientos que conlleva tal especismo institucionalizado empequeñece el daño causado a los perros y gatos de los dueños de mascotas irreflexivas o incluso crueles” (Singer, 1985).

Por otra parte, y sin ánimo de ser reiterativos, en virtud de que la especialidad de la revista es la bioética, daremos sólo una breve definición del término. La bioética en sus inicios era percibida en forma más global y menos específica del área de la salud, nace desde una percepción más integrativa de la naturaleza incluyente de la humanidad pero también del mundo animal y vegetal: la vida y su bemoles éticos, después se direccionó más a las ciencias de la salud, para finalmente reintegrar todo lo referente a la vida. Vargas, Osiris y colaboradores (2011) refieren que la bioética: como ciencia, tiene poco tiempo de ser concebida como tal; uno de sus precursores es el oncólogo estadounidense Rensselaer Van Potter a quien se le atribuye el primer uso de la palabra bioética. En su trabajo *Bioethics: Bridge to the future*





publicado en 1971 visualizaba una estrecha relación entre el mundo de la ciencias de la vida y sus hechos y los valores éticos. Comprendía como ciencias de la vida no solamente a las ciencias que tienen que ver con la vida humana, sino también a todas aquellas que engloban su entorno ecológico y ambiental (mundo animal y vegetal). Potter concebía este precepto como Bioética Global. Posteriormente la bioética se relacionó especialmente con la ética médica tomando un enfoque direccionado a la investigación médica en humanos. Recientemente se ha retomado el término de Potter de Bioética Global para encauzar los problemas actuales tanto de las ciencias de la vida humana como de las ambientales.

Desde este punto de partida es que se aborda la temática de una calidad de vida digna de los animales no-humanos, entendiéndose como

vida digna, la integración de los aspectos bioéticos de respeto, beneficencia y justicia, donde en beneficencia se entiende: “que las personas no solamente deben de tratarse de manera ética respetando sus decisiones y autonomía sino también procurar su máximo bienestar” (Vargas y Osiris, 2011). La única diferencia en relación con la cita anterior es el hecho de que el enfoque de la bioética no es antropocéntrico, porque no sólo está dirigido a las “personas”, está dirigido a toda la vida, tal como Potter en sus ideas originarias lo concibió.

Todo el aparato reflexivo de los acontecimientos que pueden ser valorados como correctos o incorrectos o buenos o malos, le corresponden al terreno de la ética, en virtud de que ésta es la reflexión del acto moral, considerando, desde una visión integral, todos los factores que intervienen en él, de tal forma que pueda dar una recomendación o una propuesta incorporando los diversos aspectos que intervienen en la complejidad del fenómeno:

“La ética —del griego *ethos* que significa carácter o modo de ser— obliga a la reflexión sobre nuestras creencias, prácticas y juicios morales. Desde la filosofía, la ética evalúa los valores morales de la cultura o de la civilización para encontrar normas que deben regir la conducta virtuosa para determinada comunidad o grupo humano. Por tanto, comprende el proceso de valoración y provee las razones del por qué algo es bueno o malo” (Durante y Sánchez, 2011).

### **Crueldad animal y personalidad criminal**

Los aspectos mencionados tocan las fibras físicas y emocionales igualmente aplicables a los seres humanos, en virtud de que tanto en los hogares, escuelas, centros asistenciales, sistemas penitenciarios y hospitalarios, puede ser posible observar diferentes formas de crueldad. Sin embargo, el mayor semillero de este tipo de conductas se gesta dentro el hogar.



Alan Parkes de Southern Cross University de Sydney, Australia, menciona que:

“Según estudios de la psicología, la sociología y la criminología, las personas que llevan a cabo actos de crueldad hacia los animales no se detienen aquí. Los actos preliminares de la crueldad a los animales no son simplemente indicaciones de un defecto leve de la personalidad, sino más bien un signo de una enfermedad psiquiátrica de profundidad” (Parkes, 2014).

El autor complementa que los actos de crueldad con los animales, sean infantes o mayores los perpetradores, no paran sólo en ese hecho, el acto está asociado con comportamientos delictivos futuros vinculados con asesinatos o delitos violentos, en una escala de cinco a uno. Asimismo, la psicóloga forense Laura De Santiago, avalada en diversos estudios de criminología, sostiene también el vínculo que existe entre actos de crueldad animal con actos delictivos violentos en la sociedad:

El abuso animal y la violencia interpersonal hacia las personas comparten características comunes y por ello es habitual que personas que han cometido delitos violentos contra personas, reconozcan haber cometido también acciones agresivas contra animales, generalmente de manera previa (Miller and Knutson 1997; Schiff, Louw y Ascione 1999; Ressler, Burgess y Douglas 1988). Tomados en conjunto, estos estudios sugieren que el maltrato animal puede ser formar parte de las historias del desarrollo de entre uno de cada cuatro y casi dos de cada tres adultos violentos delincuentes (Ascione, 2001; de Santiago, 2013).

La autora comenta que la presencia de estos trastornos durante la etapa de la infancia, marca un precedente en la edad adulta del Trastorno Antisocial de la Personalidad, y comienza generalmente antes de los 15 años. De ahí la importancia de que los padres, profesores, dejen de ver como normal el hecho

de que las y los menores practiquen actos de crueldad con insectos, mascotas o animales de la calle, y sea un foco de alerta que les permita ver el problema más holísticamente, en tanto que, puede reflejar conductas no conscientes o conscientes de la familia o de los educadores que los infantes perciban como abandono, injusticia o violencia. Es posible entonces que se esté mostrando la necesidad de tratar la problemática familiar de manera sistémica y no como un caso aislado del infante “problemático”.

### **Enseñanza de los derechos de las animales en las universidades y en las escuelas, como propuesta**

Muchos de los avances que una sociedad pueda experimentar se pueden gestar desde la educación, sea esta formal e informal, las acciones en este sentido bioético hacia el trato animal, son responsabilidad tanto de las políticas públicas, de la sociedad y del individuo, y tendrá mayor impacto cuando estos esfuerzos son gestados en sincronía.





La profesora, escritora y activista escolar, Julie Andrzejewski de St. Cloud State University en Minnesota, ha sido pionera en editar publicaciones integradas sobre Paz, Justicia y Educación Ambiental, donde además busca mostrar cómo estos temas están interconectados con los derechos de los animales. La autora desde muy joven se involucró en movimientos sociales dirigidos al despertar de conciencia para una sociedad más justa, en la actualidad ha multiplicado sus esfuerzos en la enseñanza sistemática de los derechos de los animales, no como un tema aislado, su propuesta va dirigida a la creación de cursos completos que logren transformar la conciencia de sus alumnos, y por lo tanto, su comportamiento hacia una ética inclusiva con los animales no-humanos. Algunos de los propósitos que integra en sus cursos son:

1. Examinar y reflexionar las interrelaciones así como los impactos de la dominación humana a todos los otros seres y la Tierra, especialmente a los animales no humanos

2. Entender el concepto de especismo (discriminación por motivo de la especie), derechos de los animales, así como sus implicaciones éticas.
3. Analizar la relación existente entre los actos de crueldad humana y el comportamiento violento hacia los animales no humanos, así como entre la crueldad humana y la violencia hacia los mismos seres humanos (Andrzejewski, 2002).

Su propuesta no termina ahí, a lo largo de los años ha elaborado junto con el equipo de TechKind, una gran variedad de materiales didácticos que están disponibles de manera gratuita para ser utilizados en la enseñanza de temas de paz, ambiente y respeto a los derechos de los animales

Asimismo, otro organismo que trabaja enfáticamente en la educación para el respeto del animal no-humano, desde una perspectiva bioética es la comunidad australiana mencio-



nada al principio, la RSPCA, quien en su carta como comunidad, hace referencia en su primer estatuto hacia aspectos integrales de nuestro vínculo con los animales no humanos, más allá de la atención y cuidados obligados, en donde destaca la ternura, la compasión y la simpatía:

Cuando los seres humanos hacen uso de animales o interfieren con su hábitat, se debe otorgar un nivel de atención acorde con la dignidad humana como seres racionales, inteligentes y compasivos, y un nivel de atención merecida por la naturaleza del animal como una criatura sensible capaz de responder al cuidado humano y atención. Esa atención debe estar marcada por la simpatía, la consideración, la compasión y la ternura hacia los animales (RSPCA s/año).

### Reflexiones finales

El trato respetuoso y digno hacia los animales, además de ser un quehacer de una bioética no antropocentrista, si se es enseñado y fomentado en el hogar y en las escuelas, representa una oportunidad de tipo preventivo para problemas de alto impacto social que tienen que ver con la criminalidad, donde humanos y no-humanos son víctimas de seres que en su momento fueron desatendidos por sus familias, cuidadores y profesores, por lo tanto, en la mayoría de los casos, ellos primeramente fueron víctimas, desplazaron posteriormente su frustración a través de violencia con mascotas y finalmente integraron en su repertorio criminal a personas vulnerables.

La propuesta por lo tanto, nos incluye a todos, en tanto que todos los seres requerimos ternura, atención, amorosidad, compasión, además del alimento físico, que también es importante. Las estrategias de educación a favor de los animales, pueden variar; sin embargo, los centros de investigación y atención hospitalaria, las clínicas y las escuelas pueden integrar de manera sistemática cursos dirigidos a la sensibilización en trato y cuidado de los animales no-humanos. Un documento va-



lioso en esta temática es un manual para docentes y formadores que compilaron Diana Ortega y Olga Rodríguez (2011) de la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana en San José Costa Rica, donde incluyen temas vinculados al trato humano hacia el ambiente, animales domésticos, las mascotas, animales productivos, animales utilizados para el deporte y la recreación, así como los silvestres. Es un compendio de reflexiones y prácticas diversas que buscan la transformación del comportamiento insensible, hacia uno de mayor compromiso, responsabilidad y eticidad.

Es importante también contemplar el apoyo terapéutico y emocional que los perpetradores deben recibir, recordando que en algún momento ellos también fueron víctimas de abandono, injusticia, violencia, etc., por lo que la sociedad también es responsable de la sanación y cuidado de ellos.☺



### Referencias bibliográficas

-Andrzejewski, July (2002), *Teaching Animal Rights at the University: Philosophy and Practice*, en TeachKund, [https://www.stcloudstate.edu/socialresponsibility/articles/documents/teaching\\_000.pdf](https://www.stcloudstate.edu/socialresponsibility/articles/documents/teaching_000.pdf), consultada, noviembre, 2015, pp. 1-12.

-Ascione, F. R. (2001). *Animal abuse and youth violence*. *Juvenile Justice Bulletin*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Washington, DC.

-De Santiago, Laura, *El maltrato animal desde un punto de vista criminológico* en Criminología y Justicia, disponible en <http://cj-worldnews.com/spain/index.php/es/criminologia-30/animales-y-violencia/item/2605-el-maltrato-animal-desde-un-punto-de-vista-criminológico>, consultada octubre, 2015.

-Durante, Irene y Sánchez, Graciela, (2011), *La ética en el área de salud* en José Antonio Morales González, editor, Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre, Pachuca, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, pp. 35-54.

-Miller, K.S., and Knutson, J.F. (1997). *Reports of severe physical punishment and exposure to animal cruelty by inmates convicted of felonies and by university students*. *Child Abuse and Neglect* 21:59-82.

-RSPCA, *Animal Cruelty* Royal Societies for the Prevention of Cruelty to Animals, Australia, <http://www.rspca.org.au/animal-cruelty>, consultada octubre, 2015.

-Ortega, Diana y Rodríguez, Olga (2009), *Educación para el respeto de los seres vivos*, San José Costa Rica, Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040405.pdf>, consultada junio, 2015.

-Schiff, K., Louw, D., and Ascione, F.R. (1999). *Animal relations in childhood and later violent behaviour against humans*. *Acta Criminologica* 12:77-86.

-Singer, Peter, (1985) *The animal liberation Movement*, Nottingham, Russell Press.

-Vargas, Nancy y Osiris, Eduardo, et. al. (2011), *Marco histórico de la ética y la bioética* en José Antonio Morales González, editor, Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre, Pachuca, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, pp. 21-34.

# De la Ciencia a la Conciencia



# La Bioética en la naturaleza, el hombre y la salud

**Ana María Millán Velázquez**

Secretaría Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y Responsable Estatal de Bioética

Fecha de recepción: mayo 2015.

Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Resumen:** la bioética aparece en nuestra conciencia como un límite a nuestra intervención en la naturaleza y a la actividad profesional, ya que tiene el propósito de conciliar el mundo de los hechos y el mundo de los valores. Actualmente existe una necesidad de promover una reflexión ética desde el interior mismo como una exigencia intrínseca de la actividad y no como algo impuesto desde afuera, dominada por un sistema racional abstracto de reglas, para construir una nueva ética para las ciencias de la vida y de la salud, en la que se establezcan los límites de la intervención del hombre en el hombre mismo y en el ecosistema.

**Palabras clave:** naturaleza, supervivencia del ecosistema, bioética.





**C**on la finalidad de garantizar la supervivencia del ecosistema y el uso racional del conocimiento, Potter en los años setenta dio a conocer a la Bioética con la misión de establecer un puente entre el mundo de los valores éticos y el mundo de los hechos biológicos y la relación entre el desarrollo tecnológico y el progreso humano. Lo anterior, por el desproporcionado afán del dominio del hombre por la naturaleza, lo que llevaría a una crisis ecológica en el contexto del proyecto moderno (González, 2000).

El pensamiento contemporáneo se concentra básicamente en dos objetivos: por un lado el dominio de la naturaleza y por otro el control racional de la sociedad; así mismo a finales del siglo XX se desencadenó la llamada crisis ecológica, dada por el extralimitado dominio de la naturaleza, por lo que se le dio a la bioética la tarea de hacer conocimiento de estos límites y de generar una conciencia dirigida a la ética ecológica, que plantea que nuestra

relación con la naturaleza no puede basarse única y exclusivamente en los intereses y necesidades de los hombres. En este sentido se registraron dos direcciones: una radical que sugiere abandonar toda prerrogativa del hombre sobre la naturaleza, fundada en la racionalidad instrumental, que entiende al hombre como distinto a la naturaleza en virtud a su racionalidad; y a la postura del ecologismo moderado y la ética tradicional, que concentra en el hombre su reflexión, porque entiende que solo el hombre es el centro de la naturaleza, como un fin en sí mismo, susceptible de perfeccionarse o deteriorarse en sus actos libres.

Esta crisis es una invitación a revisar nuestra actitud frente a la naturaleza, sin rechazar el antropocentrismo o la racionalidad, sino más bien complementar, un pensamiento de ecologismo moderado.



Entendiendo como racionalidad a la capacidad de “hacerse uno conocido” de penetrar en su interior, de descubrir su naturaleza íntima, es decir “hacerse cargo del dinamismo natural de los seres y que precisamente por eso está capacitado para cuidar de ellos; el hombre es máximamente responsable de la naturaleza” (González, 2000).

Ana Martha González comenta que la separación entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu o la distancia entre ciencias positivas y filosofía se revela como fatal para el ser humano y para el sentimiento de las condiciones de vida en este planeta, por lo que según la autora el progreso científico y técnico amenaza a la dignidad humana, por lo que se hace necesaria la reflexión que concilie los avances de la técnica con las exigencias de la humanidad, que permita orientar los progresos de la ciencia al servicio del desarrollo humano en una perspectiva de ciencia interdisciplinaria, que requiera de conjugar perspectivas diversas, como lo es la bioética (González, 2000).



La posibilidad de conciliar estas dos líneas en una reflexión unitaria depende de que conciliemos el respeto a la vida, con una postura que otorgue un lugar especial al ser humano, sin olvidar que el hombre es un ser natural y que experimenta en sí mismo las consecuencias de un creciente dominio técnico de la naturaleza.

Desde esta perspectiva fenomenológica Edmund Husserl hizo un diagnóstico de la situación intelectual, en el cual llegó a reducir la verdad a lo verificable, que es el objeto de las ciencias positivas, y todo lo demás a lo subjetivo como el valor y el sentido, es decir desde un punto existencial. Para Husserl esta situación era el inicio de una profunda crisis de ciencias europeas, que abría un abismo entre el mundo de la ciencia y el mundo de la vida. (Husserl, s/f).

En este sentido se propone una reflexión acerca del alcance y los límites de la ciencia



y de la filosofía, es decir de la epistemología y de la ética. Entendiendo a la epistemología como el estudio crítico del desarrollo, método y resultado de las ciencias, lo que da razón de peso de la reflexión filosófica en bioética. El pensamiento de Potter llama a la reflexión ética desde el interior de la práctica médica y científica, como consecuencia de haber comprendido la trascendencia de estas actividades sobre el desarrollo de la vida en general.

Indiscutiblemente, el desarrollo de la ciencia y la tecnología en estos dos últimos siglos ha puesto ante nuestros ojos posibilidades inéditas sobre la intervención del hombre sobre la vida y hace necesario desarrollar el sentido de responsabilidad y el principio de precaución para la toma de decisiones, lo que conocemos como Bioética, que es una interdisciplina, que se ocupa de la decisión sobre la vida, ya que ésta organiza saberes diversificados para preguntarse cuáles intervenciones sobre la vida son factibles y legítimas, y dar razones para ella.

En el área de la salud, la bioética se fundamenta en la moral, la ética, la justicia y en la

deontología médica, propone una metodología filosófica para encontrar la verdad sobre cuestiones del actuar en la vida del hombre relacionadas con las ciencias de la salud, también aborda en gran medida la experimentación en seres humanos. Para el creador del instituto Kennedy André Hellegers la Bioética se centra directamente como una disciplina humanística a favor de la vida, como una disciplina racional aplicada a los procesos vivos. Este autor fue el impulsor de esta disciplina en la comunidad científica y académica, y la comenzó a ver como orden natural para establecer modelos de calidad de vida del ser humano (Enciclopedia, s/f).

Como se mencionó, la Bioética se revela desde una ética ecológica y posteriormente con una perspectiva medica, pues el avance de la tecnología lleva a la bioética a analizar nuevos problemas en salud, ya sea al inicio o al final de la vida, potencializando la posibilidad de dominio sobre la vida humana, dando como resultado una transformación en la práctica de la medicina y en la relación con el paciente. ☩



#### Referencias bibliográficas

- González (2005). *En busca de la naturaleza perdda*. Estudios en bioética fundamental. Editorial S.A. EUNSA.
- Husserl, E. (1939) *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. <http://proyectohusserliana> (consultado en junio 2015).
- [www.encyclopediabioetica.com/index/bioetica](http://www.encyclopediabioetica.com/index/bioetica) (consultado en junio 2015).

# El trasplante de córnea y la bioética

**Gabriel J. O'Shea Cuevas**

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

**Inéz Díaz Muñoz**

Directora del Centro Estatal de Trasplantes  
del Estado de México

**J. Jesús Hernández Romero**

Subdirector de Investigación y Concertación del  
Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México

**César Humberto Botello Ortíz**

Director de Área de la Comisionado Nacional de  
Protección Social en Salud

Fecha de recepción: mayo 2015.

Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Resumen:** crear una cultura bioética es fomentar una actitud responsable y considerar las consecuencias de acciones y decisiones.

Los avances tecnológicos y científicos que han permitido prolongar la vida, condujeron a la reflexión acerca de lo correcto e incorrecto de muchas intervenciones diagnósticas y terapéuticas, antes inimaginables, y cuyos resultados, tanto para los individuos como para la sociedad, han sido evaluados desde una perspectiva ética.

Desde tiempo inmemorial, la ceguera ha sido una de las causas de incapacidad en la humanidad, siendo la causa más frecuente de la ceguera, por supuesto las leucomas, o la opacidad total de la córnea, colocando al ser humano que la padece en una condición vulnerable.

**Palabras clave:** trasplante de córnea, bioética.



**E**l término *queratoplastia* se acuñó en 1824 por F. Reisinger, para nombrar a la operación quirúrgica que reemplazará total o parcialmente la córnea que hubiera perdido su transparencia, por una que fuera translúcida.

En 1906, el oftalmólogo Eduard Konrad Zirm realizó el primer trasplante de córnea penetrante que se mantuvo transparente, y fue quien indicó las reglas a seguir para obtener el éxito en la cirugía de trasplante de córnea, entre las que destacan principalmente: que el tejido donador sea humano, joven y saludable y que la cirugía sea realizada con anestesia adecuada y asepsia estricta. En México, en 1945, el Dr. Antonio Torres Estrada lleva a cabo el primer trasplante de córnea con éxito.

De acuerdo con la Ley General de Salud la donación es una decisión que solo puede ser tomada por el propio donante en vida o por un disponente secundario después de la vida y en cuanto al tejido corneal sólo podrá extraerse con fines de trasplante de donadores que hayan perdido la vida.

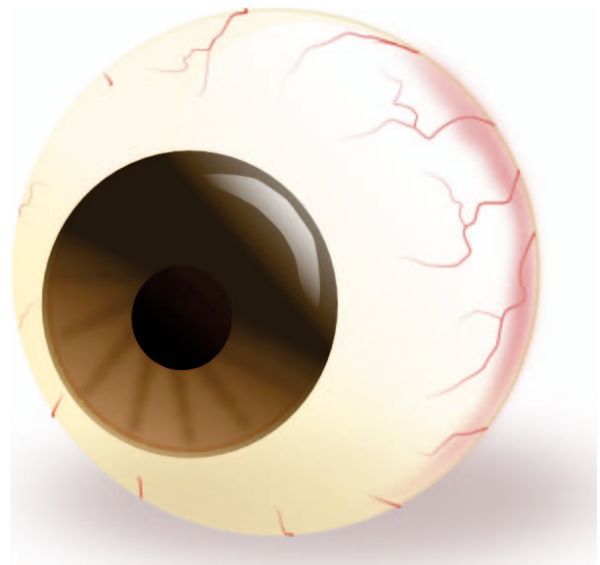
La queratoplastia penetrante se ha convertido en uno de los procedimientos de trasplante más exitosos que ha logrado proporcionar a miles de pacientes la posibilidad de recuperación visual por causas corneales de ceguera.

Desde el marco de la Bioética el principio de justicia se concreta especialmente en la igualdad de las personas que requieren de un trasplante para mejorar su calidad de vida, es decir la no-discriminación de ninguno de los receptores por razones de raza, edad, religión, sexo y economía, lo que sugiere que la distribución sea equitativa.

Las manifestaciones de un paciente que nos comparte su testimonio. “Veo sombras a lo lejos, bultos de colores que se acercan hacia mí”, “me siento diferente y no me aceptan”, “fui perdiendo mi seguridad y dije: bueno, tienes este problema, no te tienes que derrumbar, tienes que seguir adelante” Alfonso de 19

años de edad, receptor de córnea, antes del trasplante, hace algunos años.

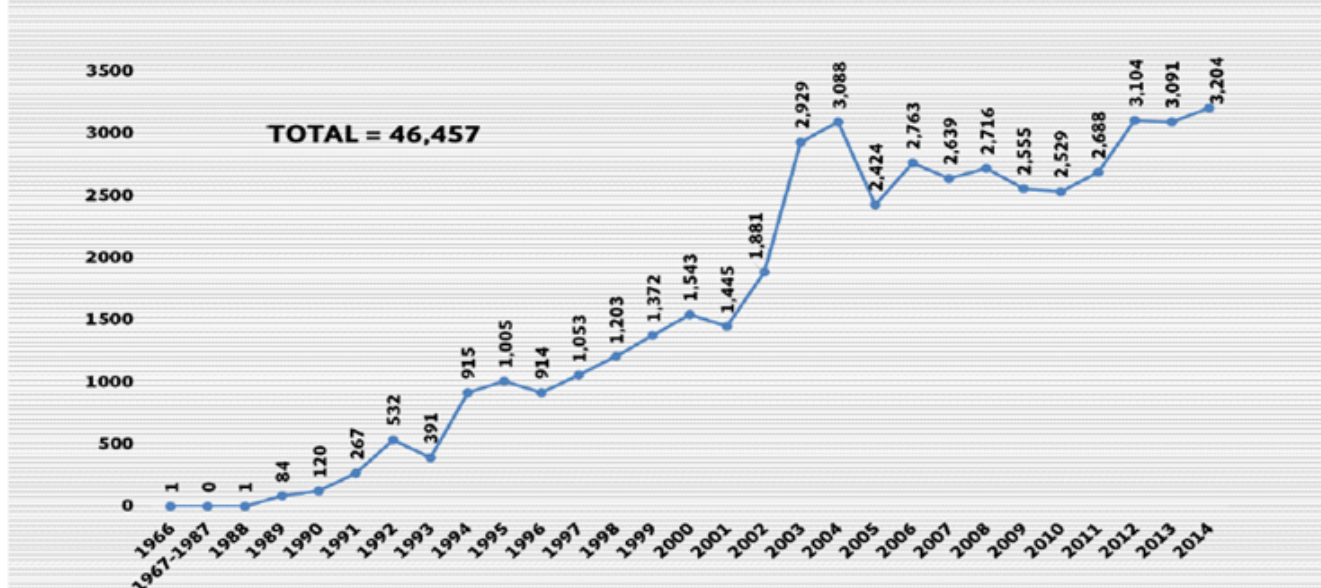
En el Estado de México se realizaron 2,996 trasplantes de corneas de enero 2005 a junio 2015, la principal indicación de queratoplastia penetrante fue el queratocono (75%), seguida de Queratopatía bulosa (15%), traumatismo (5%), infecciones y otros (5%).



El queratocono es una enfermedad en la que la superficie de la córnea se vuelve más delgada y comienza a abultarse en forma de cono. Esto cambia las propiedades físicas normales de la córnea, y se produce un error de refracción, que suele ser un cambio miópico. A menudo se asocia a astigmatismo.



### TRASPLANTE DE CÓRNEA HISTÓRICO EN MÉXICO POR AÑO



Fuente: Centro Nacional de Trasplantes, fecha de consulta 3 de julio de 2015.

Hoy en día existen 19776 personas que requieren de un trasplante en México, de las cuales 7378 personas esperan recibir un trasplante de córnea. Se han reportado en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes 1649 trasplantes de córnea durante el año 2015.

Diversos estudios han identificado algunos factores de riesgo que influyen en la aparición de un rechazo corneal como son: tamaño del injerto, vascularización por número de cuadrantes antes y después del trasplante, tipo de sutura, y edad del paciente; así como la presencia de trasplantes previos y patologías asociadas como glaucoma.

La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha acreditado establecimientos públicos y privados para cubrir los trasplantes de córnea a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud. Los establecimientos deben reunir ciertas características para obtener esta acreditación, cumpliendo la normatividad vigente, con el equipo, infraestructura, personal calificado y avalado por el Centro Nacional de Trasplantes.

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos cubre 59 intervenciones entre ellas el trasplante de córnea, beneficiando a la po-

blación que lo requiere y mejorando en gran medida su calidad de vida.

El Estado de México, ocupa el primer lugar en la donación de este tejido, lo que ha permitido que los tiempos de espera disminuyan considerablemente, así mismo la entidad cuenta con establecimientos acreditados para realizar el trasplante de córnea cubierto por el fondo de protección contra gastos catastróficos garantizando el acceso de la población que más lo necesita.†

#### Referencias bibliográficas

- Albarellos, L., (2007). *Bioética con trazos jurídicos*. México: Luengas I, Feinholz D, Soberon G. (2007) *Comisión Nacional de Bioética: su entender, su quehacer*. Debate bioético, año 1, número 2.
- Graue E. (1954) *Queratoplastias*. Bol. Oftalmol Ntra Sra Luz.7(14):103-128.
- Hurí Hawa-Montiel. (2005) *Trasplante de córnea. Criterio clínico quirúrgico*. Revista de investigación clínica. Vol. 57, No. 2, México, mar-abr.
- Vidal M. (1991) *Moral de la Persona y Bioética, Teología II*. Primera parte. PS Editorial. p 756.
- Hernández-Da Mota S. et al. (2013) *Trasplante corneal en hospital de segundo nivel. Un análisis de supervivencia*. Gaceta Médica de México. 149:425-30.
- Base de datos del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México, julio de 2015.
- Diagnóstico y Manejo del Queratocono, México: Secretaría de Salud, 2010.
- Sánchez M., Olivares E., Lima V., Razo D., Pérez C. (2009) *Factores asociados con rechazo a trasplante de córnea por grupos de pronóstico*. Rev. Méx. Oftalmología; Julio-Agosto; 83(4):217-220.
- Informe de Resultados 2014 del Sistema de Protección Social en Salud.

# Perspectivas médicas y reporte de casos





# Aspectos éticos en el manejo y tratamiento del recién nacido con Cool-cap

**Nancy Hitayetzky Santamaría Benhumea**

Asistente de la Jefatura de Investigación, Hospital Materno Perinatal  
Mónica Pretelini Sáenz

**Víctor Manuel Villagrán Muñoz**

Director general adjunto de la Comisión Nacional de Protección Social  
en Salud, Programa de seguro médico Siglo XXI

**Elga Cristina Reyes Miranda**

Jefe de la División de Neonatología del Hospital Materno Perinatal  
Mónica Pretelini Sáenz

**Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez**

Médico Responsable de Hemo-vigilancia del Hospital Materno Perinatal  
Mónica Pretelini Sáenz

**Javier Edmundo Herrera Villalobos**

Subdirector de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Capacitación  
del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz

**Ángel Sánchez Martínez**

Jefe de Análisis y Evaluación del Hospital Materno Perinatal  
Mónica Pretelini Sáenz

**Acela Marlen Santamaría Benhumea**

Jefe de Enseñanza continua y Capacitación del Hospital Materno  
Perinatal Mónica Pretelini Sáenz

Fecha de recepción: mayo 2015.

Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Resumen:** el incremento en la supervivencia del recién nacido se debe a los avances en el cuidado prenatal y a los progresos de la Neonatología en los últimos 25 años. Uno de los cuales es representado por el Cool-Cap que es un sistema que utiliza un casco cefálico que disminuye la temperatura de manera selectiva, por lo que su uso involucra principios éticos como el de beneficencia y de no maleficencia implicando que los médicos deben hacer el bien y evitar el mal; El principio de autonomía indicando que cada uno de nosotros, en situación de libertad, puede definir su destino tomando las acciones que desee. En este caso los padres deciden de la salud y la vida de los neonatos otorgando un consentimiento informado y el principio de justicia exigiendo que los derechos fundamentales no se vean afectados por su estado social o económico. Conclusión: La concepción de los aspectos éticos acerca de la asistencia y manejo del recién nacido con Cool-Cap se enfrenta con un nivel emocional poco común en la medicina, por lo que se busca el equilibrio entre los riesgos aceptables e inaceptables.

**Palabras clave:** aspectos éticos, recién nacido, Cool-cap, principios bioéticos.

## Introducción

La *ética* es una palabra de origen griego **L***ethos* que significa carácter y costumbre, siendo una parte de la filosofía que se ocupa de la conducta de los hombres, y en el caso de los médicos su buen desempeño implica comportamiento ético, imperativo en todas sus conductas profesionales y cotidianas. La medicina tiene una tradición ética muy antigua y noble: el juramento hipocrático, en él se declara que la justificación moral de la medicina es el bien del enfermo; por lo que el médico está al servicio de los mejores intereses de sus pacientes.

El médico tiene sobre su conciencia la responsabilidad moral de brindar una atención esmerada, pues su compromiso no es solo con el recién nacido y su familia, es también con la salud pública y el país en general. Además posee conocimientos científicos y habilidades que le permiten desempeñar un destacado papel en el mantenimiento de la salud.

La revolución científico-técnica por su influencia en el desarrollo de las ciencias médicas ha representado una posibilidad extraordinaria para el progreso del proceso salud enfermedad en el hombre.

Entre los avances más significativos que ha experimentado la medicina en las últimas décadas está el mayor conocimiento de la fisiología y patología del recién nacido. Sin embargo cuando se mejora el cuidado y la supervivencia neonatal empieza a discutirse los aspectos éticos y médicos que acompañan el tratamiento, es el caso del manejo de hipotermia con el uso del Cool-Cap, que es un sistema que utiliza un casco cefálico que disminuye la temperatura de manera selectiva, mientras que mantienen la temperatura central a niveles seguros a través del uso de un calentador radiante. Por lo tanto el objetivo de nuestro estudio es detallar los aspectos éticos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del recién nacido con Cool-cap.



Figura 1. Cool Cap. Recién Nacido con Tratamiento de Hipotermia Encefálica Controlada por medio del Cool Cap.



Figura 2. Colocación de Cool Cap.



Figura 3. Monitorización con Electroencefalograma en recién nacido con Cool Cap.



Figura 4. Manejo Multidisciplinario en Unidad de Cuidados neonatales en recién nacido con Cool cap.

## Desarrollo

El médico en su proceder asume una elevada responsabilidad ética, social y legal; promueve y fortalece condiciones saludables de vida.

La ley puede jugar un papel aún mayor en la ética médica en los países que han aprobado leyes que regulan los derechos de los pacientes. Así, en México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), en el artículo 4 establece el derecho a la protección de la salud, cuya Ley Reglamentaria es la Ley General de Salud que especifica las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, posteriormente la Carta de los Derechos del Paciente, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional de la Calidad de los servicios de salud (Hansen, 2012).

La Carta de Derechos de los Pacientes, concede el derecho para recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente, y ser atendido cuando se inconforme por la

atención médica recibida; así como contribuir y hacer decisiones sobre su propio tratamiento, entre ellos consienten o se niegan a dar su consentimiento para un plan de tratamiento; así como los planes para las investigaciones y el tratamiento a seguir. Aunado a lo anterior, la asistencia sanitaria se expresa aún más específicamente en el artículo 24 de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño (NOM-004, 2013).

El médico está obligado a garantizar que el paciente o su representante esté informado adecuadamente sobre el padecimiento que sufre el paciente, los objetivos, las alternativas, los resultados posibles y los riesgos que implica el tratamiento que se propone.

La comunicación adecuada es uno de los más significativos estándares para garantizar el éxito de la relación médico-paciente, familia. La relación médico-paciente se define como la relación interpersonal que sirve de base a las gestiones fundamentales del equipo de salud. La relación médico paciente es la base de toda práctica médica y esta representado en este caso por los padres. Se sustenta en una buena comunicación e información relacionada con la enfermedad y la disposición del médico a responder adecuadamente a las inquietudes de los padres facilitando así la toma de decisiones. Los padres de un



niño recién nacido pueden enfrentarse a situaciones difíciles y deben estar informados de todo lo que acontece con su hijo; una información completa y detallada permite que se involucren en la toma de decisiones. La información es necesaria en todas las etapas y debe transmitirse de forma verbal y escrita (González, 2005).

La responsabilidad ética del médico adquiere mayor relevancia cuando se trata de la atención de recién nacidos con asfixia, prevenible en muchos casos. En recién nacidos y lactantes, la relación médico-paciente es no verbal y se reduce a la actitud durante el examen físico y a las consideraciones de respeto y prevención del dolor durante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Este desarrollo en la actividad científica neonatal genera principios básicos de la ética biomédica que orienta la atención al paciente en la sala de partos y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Estos principios bioéticos son los siguientes:

1. **Autonomía:** respeto de los derechos de los individuos, la libertad para tomar decisiones que afectan sus vidas y en este caso los padres como responsables del recién nacido a decidir por sí mismos y por el bien del bebe.
2. **Beneficencia:** todas las acciones deberían beneficiar al recién nacido e ir encaminadas a mejorar su expectativa vital y evitar su sufrimiento.
3. **No maleficencia:** no hacer daño. Hay que tener en cuenta que muchas de las acciones diagnósticas y terapéuticas pueden causar daño al recién nacido y por tanto debe valorarse estrictamente la relación riesgo beneficio en cada caso.
4. **Justicia:** tratar a los responsables del recién nacido por igual con la finalidad de disminuir situaciones de desigualdad por su ideología, estatus social, cultural y económico. Este principio también obliga a poner a disposición de los padres todas

las posibilidades diagnósticas según los conocimientos actuales de la ciencia. Ante los cuales debemos mantenernos presentes y nos llevan a la toma de decisiones que repercutirán en la calidad de vida de estos recién nacidos.

Sin embargo, se puede argumentar que la justicia en la ética médica no se puede limitar a un derecho a la salud, ya que también debe abarcar la igualdad de esos derechos para todos los ciudadanos. Esta igualdad de acceso no prevalece en todo el mundo y no puede darse por sentado, incluso en los países que suscriben este ideal.

Los recién nacidos con encefalopatía hipóxico isquémica (EHI) con tratamiento de hipotermia necesitan la atención de un equipo multidisciplinario, pero siempre es conveniente que un miembro de este equipo sea el encargado de coordinar el seguimiento y sea quien establezca una relación más frecuente y estrecha con la familia.

Todos los niños con EHI y sus familias tienen derecho a continuar recibiendo una atención apropiada tras el alta hospitalaria.

Debemos fijar unos principios de referencia para el tratamiento del recién nacido verdaderamente ética, como son:

- **Respeto por la vida:** todas las actuaciones médicas deben estar encaminadas hacia éste principio, tanto en el campo del Diagnóstico Neonatal, cuyo fin es de ser el diagnóstico de las posibles alteraciones que pueda presentar el recién nacido y el tratamiento de las mismas.
- **Equilibrio entre los riesgos y los beneficios** para el recién nacido.
- **Indicación médica precisa:** debido a los riesgos para el recién nacido, no debe realizarse ninguna técnica que implique peligro sin una correcta indicación médica. Aquí tiene plena vigencia el principio de

*primum non nocere* lo primero es no hacer daño.

- Información clara y oportuna: la necesidad de informar a los padres, tutor o representante legal del recién nacido acerca del diagnóstico, posibilidades terapéuticas y del pronóstico, la cual se especifica en el consentimiento informando de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, con un lenguaje comprensible y ajustado a los conocimientos de los padres, que es de fundamental importancia. La trascendencia de ésta información es decisiva a la hora de tomar decisiones terapéuticas las cuales deberán estar apegadas al sistema jurídico mexicano.
- Respeto de la conciencia: debe respetarse los condicionantes sociales, culturales, morales y religiosos de los padres a la hora de tomar decisiones.
- Capacitación suficiente y adecuada del equipo médico para la realización de las técnicas de diagnóstico y tratamiento.
- Importancia de contar con un Comité Hospitalario de Bioética multidisciplinario en la institución, para valorar los casos especiales en los cuales se precisa de un consenso más amplio posible.

### Recomendaciones generales para el tratamiento con Cool cap

Control de la temperatura central. Debe ser monitorizada de forma continua, bien en el recto (sonda introducida 5-6 cm en el recto) o en el esófago (sonda ubicada en el 1/3 inferior del esófago). La posición de la sonda debe ser revisada regularmente, sobre todo cuando el comportamiento de la frecuencia cardíaca no es el que se espera. Por ejemplo, mayor bradicardia de la esperada para la temperatura rectal o esofágica del recién nacido. Estas dos localizaciones se prefieren a la timpánica, vesical o nasofaríngea (más ines-

tables e influenciables por el posicionamiento de la cabeza, la ventilación mecánica o el estado de repleción de la vejiga). Además, se suelen monitorizar una temperatura central no invasiva (axilar o hepática) o la temperatura del cuero cabelludo (en la hipotermia cerebral selectiva).

Preparación del equipo de hipotermia. Para evitar retrasos, es importante nada más tener noticias de un candidato potencial que prepare el equipo. Esta tarea supone unos 30-40 min (según el equipo que se utilice).

Inicio de la monitorización continua de la función cerebral mediante electroencefalografía integrada por amplitud.

Información a los padres y su consentimiento. Los padres y familiares deben ser informados de: a) las ventajas y desventajas de esta intervención terapéutica; b) la mortalidad y morbilidad de la asfixia neonatal con o sin dicha intervención, así como del número de pacientes que es necesario tratar para evitar un caso de parálisis cerebral o muerte (punto importante para ilustrarles que la hipotermia terapéutica no es una intervención mágica); c) de que su aplicación no es investigación, sino un tratamiento estándar para esta entidad hasta ahora huérfana de intervención terapéutica.

### Conclusión

La concepción de los aspectos éticos acerca de la asistencia y manejo del recién nacido con Cool-cap se enfrenta con un nivel emocional poco común en la medicina, por lo que se busca el equilibrio entre los riesgos aceptables e inaceptables. De esta forma se concluye que la responsabilidad del médico obliga a apegarse a los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia, autonomía y justicia en el manejo del recién nacido con cool-cap, dado que se disminuyen riesgos relacionados con el diagnóstico y tratamiento, logrando fortalecer la relación médico-pa-

ciente manteniendo una buena comunicación y otorgando la información necesaria a los familiares. ☞

### Referencias bibliográficas

- Choy García A. (1998). *Relación médico-paciente. En: Responsabilidad en el ejercicio de la medicina*. 1a Reimpr. México: O.G.S Editores, S.A. de C.V. Cap. 2, p. 11-32.
- Mainetti JA. (1989) *Ética médica. Introducción histórica*. La Plata: Ediciones Quirón; American Collage of physicians. Ethics manual. Ann internalmed. 2005;142(7):560-82
- Ortiz García M, Portuondo Alacán O, Ahuar López L, Rodríguez Rivalta I. (2004) *La ética en la práctica pediátrica*. Rev Cubana Pediatr.76(3)
- Universidad Médica Carlos J Finlay. (1999) *Filosofía, salud y sociedad*. Camagüey: Proyecto editorial CENDECSA.
- Colectivo de autores. (2000) *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Borquez G, Anguita V, Bernier L. (2004) *El prematuro en cuidado intensivo neonatal. ¿Cuándo es el momento de decir no más? Reflexión bioética en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico*. RevChilPediatr. 75(2):181-7
- Thomason S. (2011) *Cool-Cap procedure*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. May-Jun;41(5):154.
- Barreiro Ramos H, Barreiro Peñaranda A, Quesada Soto Z, Fernández Viera E, Marrero Martín O. (2015) *La responsabilidad profesional del médico*. Rev Cub Med Gen Integr. 21(1-2)
- Hansen TW. (2012) *Advanced clinical medicine requires advanced clinical ethics*. Neonatology. 101(1):8-12
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Disponible en: [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66\\_D\\_3207\\_15-08-2012.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3207_15-08-2012.pdf) [Consultada: 04 de noviembre 2014].
- LEY GENERAL DE SALUD Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf) [Consultada: 04 de noviembre 2014].
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html> [Consultada: 04 de noviembre 2014].
- Tena Tamayo C, Ruelas Bajasas E, Sanchez Gonzalez JM, (2002) et. al. *Derechos de los pacientes en México*, Rev Med IMSS. 40 (6): 523-529
- Carta de Derechos de los Pacientes, Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>, [Consultada: 04 de noviembre 2014].
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012) [Consultada: 05 de noviembre 2014].)
- United Nations: Convention on the Rights of the Child, 1989. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm> [Consultada: 05 de noviembre 2014].
- American Collage of physicians. Ethics manual. Ann internalmed. 2005;142(7):560-82.
- Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ciencias Médicas; 2000
- González Menéndez R. (2005) *Relación equipo de salud paciente familia. Aspectos éticos y tácticos*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Meadow W, Lantos J. (2009) *Moral reflections on neonatal intensive care*. Pediatrics. Feb;123(2):595-7.
- Nadroo AM. (2011) *Ethical dilemmas in decision making at limits of neonatal viability*. J IMA. Dec;43(3):188-92.
- United Nations: Universal Declaration of Human Rights, 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>
- (Valero de Bernabé Martín de Eugenio J. [Prenatal medicine and prenatal diagnosis]. CuadBioet. 2009 Sep-Dec; 20(70):441-50
- Hansen TW. (2012) *Advanced clinical medicine requires advanced clinical ethics*. Neonatology. 101(1):8-12.
- Martínez-Biarge M, Blanco D, García-Alix A, Salas S; (2014) *Grupo de Trabajo de Hipotermia de la Sociedad Española de Neonatología. Follow-up of newborns with hypoxic-ischaemic encephalopathy*. An Pediatr (Barc). Jul;81(1):52.e1-14.



# Violencia obstétrica

**Jesús Luis Rubí Salazar**

Comisionado de Conciliación y Arbitraje  
Médico del Estado de México

Fecha de recepción: mayo 2015.

Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Resumen:** desde siempre se ha tenido conocimiento público de diversas inconformidades, reclamos o denuncias señalando el maltrato físico o psicológico a la mujer embarazada, en trabajo de parto o en el post parto; sin embargo, jurídicamente hablando, el término Violencia Obstétrica es relativamente nuevo.

Lo que resulta necesario conocer la reciente adición y definición de este concepto en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de México, publicada en la Gaceta del Gobierno el pasado 25 de junio de 2015, donde se reconoce jurídicamente a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra la mujer, y de no modificar la percepción de las usuarias en la atención que se les brinda, el siguiente paso puede ser el tipificarla como delito en el Código Penal, como lo han hecho ya los estados de Chiapas y Veracruz.

En este contexto, es conveniente revisar el contenido de la mencionada Ley, toda vez que marca instrumentar acciones para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica en la entidad mexiquense, no sin antes presentarles una breve revisión del tema, a partir de lo expresado por algunos autores.

**Palabras clave:** maltrato, mujer, violencia obstétrica.



**E**l término *violencia* implica agresión, maltrato, injurias, acciones que, en el caso de la relación médico-paciente, ciertamente son difíciles de establecer.

La violencia contra la mujer no es un problema de la sociedad contemporánea ni de la civilización actual; ha existido a lo largo de la historia. Hoy día, la encontramos como una epidemia que golpea comunidades y países en todo el mundo, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión.

Por otra parte, el trabajo de parto y el alumbramiento son parte de la historia de la humanidad y, en consecuencia, las técnicas para su atención han ido evolucionando, siempre en pro de cuidar la salud de la madre y del producto.

Actualmente, existen médicos y enfermeras mejor capacitados; se cuenta con mayor estructura hospitalaria y los insumos necesarios para la atención adecuada, lo que implica un buen trabajo del equipo médico y los menores riesgos para la paciente.

En el sector salud sin duda se cuenta con personal que ejerciendo su vocación de servicio y a pesar de encontrarse en ocasiones con limitaciones de recursos materiales, hacen más loable su trabajo.

Paradójicamente a los avances en salud, hay mujeres que sufren un trato indigno y ofensivo durante la atención del embarazo o parto en las unidades médicas, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Es indudable que los avances científicos y tecnológicos aplicados de forma sistemática y mecánica pueden derivar en situaciones de violencia para las mujeres.

Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.

Un diario chileno en 2014 titulaba un artículo como "Violencia obstétrica: la herida invisible del parto", porque algunas mujeres que la sufren la consideran "normal" y la aceptan como si fuera parte del proceso de su atención.

En el Estado de México, cada año cerca de 285,000 mujeres se convierten en madres, sin embargo se desconoce la proporción de aquellas que pudieron recibir algún tipo de maltrato. Sin embargo, mencionaré algunos datos que de manera indirecta nos pueden acercar a la problemática.

En la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, organismo descentralizado perteneciente a la Secretaría de Salud y encargado de atender las inconformidades derivadas durante la prestación de servicios de salud, en los últimos 5 años (periodo 2010 - 2014) se documentaron 791 Quejas, de las cuales, 115 (14.5 %) fueron para el servicio de gineco-obstetricia, ocupando el segundo lugar de los servicios médicos más afectados. La primera causa de los motivos de queja fue la deficiente relación médico-paciente. Con relación a los Peritajes (opinión técnico médica solicitada por las Unidades de Contraloría de las instituciones de salud, Ministerio Público y Comisión de Derechos Humanos, entre

otros), de un total de 543 peritajes realizados en el periodo que se menciona, 170 (31.3 %) correspondieron al servicio de gineco-obstetricia, ocupando el primer lugar dentro de los servicios demandados ante las instancias señaladas.

Un estudio transversal realizado por el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, en tres hospitales del Estado de Morelos y dirigido a 512 mujeres que solicitaron atención del parto durante los meses de mayo - junio del 2012, concluye que 3 de cada 10 mujeres reportaron algún tipo de abuso durante la atención del parto.

### **Violencia Obstétrica. Conceptos, clasificación**

Violencia Obstétrica; se define como: Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, se clasifica en física y psicológica (Medina, 2009):

- Violencia obstétrica física: cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicamentos injustificados, cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, o por negación de la atención médica.
- Violencia obstétrica psicológica: incluye el trato deshumanizado, discriminación, humillación, bromas o insultos cuando la mujer va a pedir asesoramiento o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo, la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo(a) y, en general, a que se la haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
-



Entre las consecuencias o repercusiones de la violencia obstétrica se pueden mencionar:

- Efectos en la salud: en la salud mental de la mujer; complicaciones médicas y lesiones que pueden llevar a la muerte (Muerte Materna); enfermedades crónicas y Discapacidad entre otras.
- Impacto social y económico, a nivel comunitario, institucional y familiar.
- Y desde luego, ser motivo de queja o demanda para el personal de salud.

Desde hace 30 años la OMS emitió en la Declaración de Fortaleza, en la Conferencia sobre la Tecnología Apropriada para el Parto (en Fortaleza, Brasil en 1985) una lista de recomendaciones, con el objetivo de prevenir diversos actos y sus consecuencias que hoy se conciben como violencia obstétrica; menciona algunas de ellas: “No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean cesárea; No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas de parto; La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones”.

Estas recomendaciones fueron adoptadas por los países miembros; sin embargo, algo debió estar sucediendo que fue necesario incorporar el concepto en la ley, como una de las vías más concretas para reconocer a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra la mujer.

### **La violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra la mujer en la legislación estatal**

En México, el antecedente de esta legislación se encuentra en el marco de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, decretada en febrero del 2007; esta misma Ley fue adoptada en el Estado de México en mayo del 2008, como: Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, la cual es

de observancia general y obligatoria en la entidad.

Posteriormente, mediante el Decreto Número 455, la H. LVIII Legislatura del Estado de México, adiciona a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de México, el Capítulo V Bis, de la Violencia Obstétrica y es publicado en Gaceta del Gobierno el 25 de junio de 2015.

Este decreto tiene como fundamento el concebir a la violencia obstétrica como una forma particular de violencia de género, que se traduce en violación a los derechos humanos de las mujeres, entre los que se encuentran la violación a:

- La igualdad
- La intimidad
- La no discriminación
- La información
- La integridad
- La salud
- La autonomía reproductiva

Por ello, las palabras de la antropóloga argentina Valeria Fornes: “La mujer embarazada o en trabajo de parto se ve como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho”, (Fornes, 2011).

El artículo 27 Bis de esta Ley menciona: “Se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, post-parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Establece como actos constitutivos de violencia obstétrica los siguientes:

- I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.



III. Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical.

IV. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

V. Practicar el parto por vía cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante de existir condiciones para el parto natural.

VI. Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre.

VII. Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables.

VIII. Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención.

IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.

El artículo 27, que se refiere: “El Gobierno del Estado, a través de la Secretaría de Salud, deberá desarrollar programas que fomenten la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio o en emergencias obstétricas, e instrumentará políticas públicas transversales para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica”.

## ¿Por qué la violencia obstétrica?

Este es un punto que amerita un análisis particular y multidisciplinario; solo comento a ustedes algunas reflexiones, su causa se debe a:

- ¿Condiciones estructurales deficientes de las unidades de salud?
- ¿Rutinas, cargas de trabajo y jornadas extenuantes para el personal?
- ¿Falta de recursos materiales necesarios?
- ¿Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer?

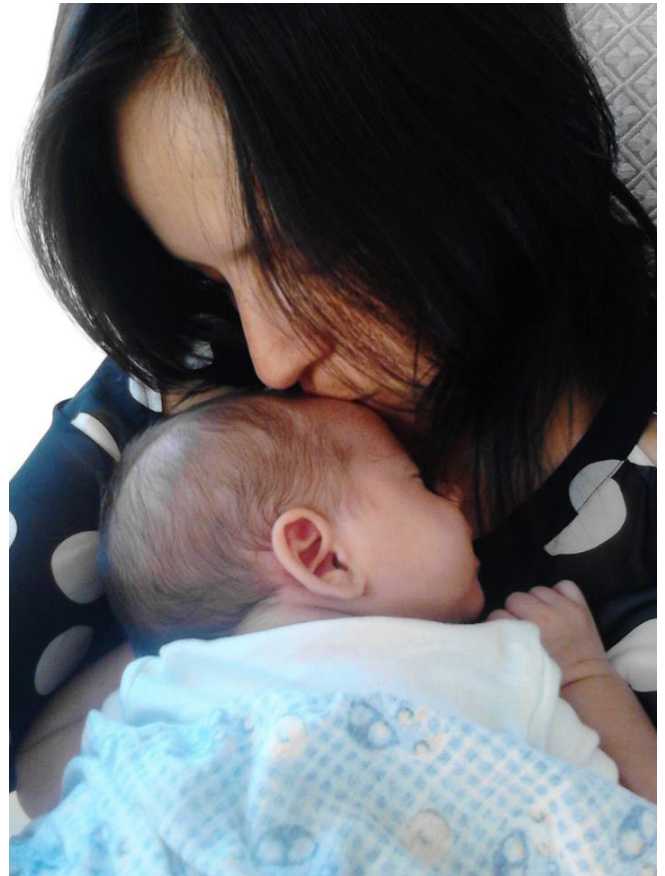
En realidad el origen es múltiple e implica más que aspectos técnicos y de recursos, bien se trate de formas “menores” de maltrato, o bien se trate de claras violaciones a los derechos de las mujeres en los espacios de la salud. Se trata además de aspectos como:

- Síndrome de desgaste profesional no atendido.
- Valores éticos del servidor público, como individuo y como profesionista.
- El habitus médico: “Que adquieren los profesionales de este campo a través de la formación que reciben en la Facultad y en los Hospitales de enseñanza”, de tal manera que quien ha estudiado este campo encontró que “no es el sexo de los profesionales lo que determina el maltrato de género... es su pertenencia a esa profesión”.

Con base en el panorama presentado y con la seguridad de que este problema sanitario no es del todo desconocido, podemos establecer algunas conclusiones que nos permitan tomar acciones en el camino de prevenirlo y disminuirlo.

## Conclusiones

Somos conscientes de las limitaciones que aún pueden tener los servicios de salud: escasez de recursos, insuficiente presupuesto, mayor demanda de los servicios; pero a pesar de todo ello, no se justifica la violencia a los





usuarios de nuestros servicios, en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos.

A través de diferentes estrategias, es necesario continuar fomentando el ejercicio profesional basado en los principios fundamentales de la cultura bioética: respeto a la vida, a la dignidad de la persona y a los derechos humanos en general.

Como Sector Salud se deben hacer cumplir los criterios médicos específicos para la práctica de Cesárea.

En sinergia con los Institutos Estatales de la Mujer, Secretaría de Salud y Comisión de Derechos Humanos, difundir el concepto de Violencia obstétrica, así como el derecho de queja que tienen las pacientes cuando han sido objeto de un acto de esta naturaleza.

La legislación y penalización de la violencia obstétrica en algunos estados del país (hasta junio del 2015, 8 estados la han definido en sus Leyes de Acceso a una Vida Libre de Violencia; Chiapas y Veracruz la tienen además tipificada en sus códigos penales) han generado controversias, por lo que se requiere realizar estudios de investigación que permitan definir y medir el maltrato y los diferentes actos constitutivos de violencia obstétrica, así como conocer el impacto en las mujeres que la viven.

A través de una instancia federal, propongo a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), establecer un sistema de registro de casos de violencia obstétrica en los servicios de salud, con el objetivo de identificar la incidencia en el país y promover medidas preventivas y de atención pertinentes. ☞



#### Referencias bibliográficas

- Bowser D, Hill K. (2010) *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis*. USAID / Traction Project.
- Certificados de Nacimiento 2012/ Base de Datos SSA DGIS (Información Dinámica).
- Unidad de Calidad en el Servicio Médico de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
- Nuevas evidencias a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto*. Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Revista CONAMED, vol.18, núm. 1, enero-marzo 2013.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México. Decreto Número 218 de la H. "LVI" Legislatura del Estado de México. 12 de mayo del 2008.
- Medina, Graciela (2009) *Violencia Obstétrica*. Buenos Aires.
- NOM-046-SSA2-2005 Para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Secretaría de Salud, México.
- Fornes, V. (2011). *Parirás con poder (pero en tu casa)...*, en Karina Felitti (Comp.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Ciccus.
- Belli, Laura F. (2013) *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética/ UNESCO, año 4, 1 (7), enero-junio.
- Castro, Roberto, (2014) *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Revista Mexicana de Sociología, núm.2, abril-juni.
- Castro, Roberto; Erviti, Joaquina. (2014) *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. Revista CONAMED, vol.19, núm 1, enero-marzo.
- Decreto Número 455 de la H. "LVIII" Legislatura del Estado de México, mediante el cual se adicionan el Capítulo V Bis, de la Violencia Obstétrica, así como los artículos 27 Bis, 27 Ter, 27 Quarter, al Título Tercero Modalidades de la Violencia, de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de México. Publicado en Gaceta del Gobierno. Toluca de Lerdo, Méx., 25 de junio del 2015.

# Fuente informativa en bioética



# Disposiciones Generales en Bioética

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Ana María Millán Velázquez**

Secretaría Técnica de la Comisión de Bioética  
del Estado de México y Responsable Estatal de Bioética

---

**Resumen:** en la segunda sección del *Diario Oficial de la Federación* se dan a conocer los lineamientos de Bioética con los que el Sector Salud debe regirse, señalando la integración y funcionamiento de los Comités de Bioética Hospitalarios para que se tome una adecuada decisión y bien fundamentada ante los dilemas bioéticos.

**Palabras clave:** comités, instalación y funcionamiento, dilema bioético.



**SEGUNDA SECCIÓN  
PODER EJECUTIVO  
SECRETARÍA DE SALUD**

**A**CUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

SALOMON CHERTORIVSKI WOLDENBERG, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 41 Bis y 98 de la Ley General de Salud; Segundo Transitorio del Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2011; Primero y Segundo, fracciones I, VIII, IX y XV del Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2005 y 2, inciso C, fracción XI Bis, 6, 7, fracción XVI, 36, 37 y 38 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

**Considerando**

Que el derecho a la protección de la salud que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o, párrafo cuarto, dispone que toda persona tiene derecho a la protección a la salud, para lo cual la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto en el artículo 73, fracción XVI, constitucional;

Que la Comisión Nacional de Bioética es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud;

Que corresponde a la Comisión Nacional de Bioética establecer políticas públicas de salud vinculadas con la materia de la bioética, tendiente a contribuir a la salvaguarda de los derechos, seguridad, dignidad y bienestar de las personas que participan de los servicios de atención médica a que se refiere el artículo 33 de la Ley General de Salud;

Que para el cumplimiento de su objeto, la Comisión Nacional de Bioética promueve que en las instituciones de salud públicas y privadas, se organicen y funcionen Comités Hospitalarios de Bioética, con las facultades que les otorguen las disposiciones jurídicas aplicables, así como apoyar la capacitación de los miembros de estos comités;

Que asimismo corresponde a la Comisión Nacional de Bioética establecer los criterios para la integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y las características de los centros hospitalarios que deben tenerlos;

Que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ha señalado que los comités de ética asistencial, o en el caso, los comités hospitalarios de bioética, tienen como objetivo mejorar los servicios de atención a la salud de los usuarios, así como implementar políticas que influyan de manera directa a la atención a los pacientes, que fomenten el respeto a la dignidad y el reconocimiento de los principios bioéticos del paciente para participar en su tratamiento y tomar decisiones;

Que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, como guía internacional, señala entre sus objetivos el promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos; fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto; promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;

Que los Comités Hospitalarios de Bioética atienden los dilemas con contenido bioético que se suscitan en la atención de la salud e impulsan el desarrollo de políticas de protección y bienestar de las personas que son sujetas de los servicios de atención médica y la docencia que se imparte en el área de salud en nuestro país;

Que las instituciones de salud por medio de los Comités Hospitalarios de Bioética contribuyen a la difusión e implementación de una cultura bioética a nivel nacional, regional y local a partir del análisis laico, plural, autónomo e incluyente en la deliberación de los dilemas bioéticos que se presentan en la atención médica y la docencia que se imparte en el área de salud;

Que en virtud de que el artículo 41 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud, establece la obligación de contar con Comités Hospitalarios de Bioética, en los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud; y tomando en cuenta todo lo anterior, se expide el siguiente:

## **ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS DISPOSICIONES GENERALES PARA LA INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA Y SE ESTABLECEN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS QUE DEBEN CONTAR CON ELLOS, DE CONFORMIDAD CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA**

**PRIMERA.** El presente Acuerdo tiene por objeto señalar los criterios para la integración y funcionamiento de los Comités que auxilian en la toma de decisiones sobre los Dilemas bioéticos que se presenten en la atención médica o en la docencia que se imparte en el área de salud, y sus disposiciones son de observancia obligatoria para los establecimientos a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**SEGUNDA.** Para efectos de este Acuerdo se entenderá por:

**I. Bioética:** El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios éticos;

**II. Comité:** El Comité Hospitalario de Bioética a que se refiere el artículo 41 Bis, fracción I de la Ley General de Salud;

**III. Comisión:** La Comisión Nacional de Bioética;

**IV. Comisión Estatal de Bioética:** El cuerpo colegiado con carácter multidisciplinario e interinstitucional, creado en las entidades federativas con el propósito de extender la observación y práctica de los principios bioéticos, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la dignidad humana, dentro de una estrategia de interlocución con la Comisión;

**V. Conflicto de interés:** La situación originada cuando una persona es influida en su jui-

cio por una intención o un fin diferente al que está obligado a perseguir de acuerdo a la responsabilidad que desempeña, sea este conflicto real (probado), aparente (supuesto) o potencial (riesgo eventual o posible a futuro);

**VI. Dilema bioético:** El conflicto que surge cuando hay dos o más valores, principios bioéticos, que se presentan en la práctica clínica, atención médica, docencia que se imparte en el área de salud y cualquier otro campo relacionado con la vida de las personas;

**VII. Disposiciones:** A las presentes Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética;

**VIII. Establecimientos:** Aquellos a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;

**IX. Guía:** La Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, emitidas por la Comisión Nacional de Bioética;

**X. Ley:** Ley General de Salud, XI. Reglamento: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y

**XII. Resolución:** El pronunciamiento de un Comité, producto de su deliberación, con respecto a un Dilema bioético en el que se obtienen diferentes alternativas, recomendaciones o sugerencias dirigidas a la toma de una decisión.

**TERCERA.** Las presentes Disposiciones tienen carácter enunciativo más no limitativo, por lo que las especificaciones respecto a la creación y funcionamiento del Comité, deberán ser acordes a la normatividad vigente y a la Guía. En los supuestos no previstos por el presente ordenamiento se aplicará lo dispuesto en la Ley, sus reglamentos, la Guía y demás disposiciones aplicables. Para efectos de lo

señalado en los párrafos primero y segundo de este numeral, la Comisión difundirá la Guía y sus actualizaciones en su página Web.

**CUARTA.** El Comité es un órgano autónomo, institucional, interdisciplinario, plural y de carácter consultivo para la resolución de los problemas derivados de la atención médica a que se refiere el artículo 33 de la Ley; así como para el análisis, discusión y apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica.

**QUINTA.** Las funciones del Comité serán:

I. Emitir Resolución respecto de los Dilemas bioéticos que se pongan a su consideración, con base en un análisis sistemático, propiciando la toma de decisiones prudentes, razonadas y fundamentadas, contribuyendo así a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los actuales o potenciales participantes en la prestación de servicios de atención médica y la docencia que se imparte en el área de salud;

II. Actuar en interés de los participantes en la prestación de servicios hospitalarios y de las comunidades involucradas, tomando en consideración documentos bioéticos nacionales e internacionales, las leyes, las regulaciones nacionales y de los Establecimientos.

III. Procurar que el acceso a los servicios y recursos sanitarios se contemple en los protocolos de atención institucionales.

IV. Desarrollar acciones para contribuir a prevenir los posibles Conflictos de interés que puedan surgir en la atención médica, a través de protocolos orientadores de acción, considerando el contexto socio-económico, cultural y la congruencia con el momento histórico y el marco jurídico vigente.

V. Desarrollar un conjunto de actividades que ayuden a los miembros del Comité y al personal de salud del Establecimiento a incorporar



información, conocimiento y conductas para la identificación y posible resolución de Dilemas bioéticos y así promover la educación bioética permanente de sus miembros y del personal del establecimiento.

VI. Presentar en los primeros treinta días naturales del año, un informe anual de actividades al titular o director del Establecimiento.

**SEXTA.** El Comité deberá instalarse bajo la responsabilidad de los directores o titulares del Establecimiento, mediante la suscripción de un acta de instalación, que deberá estipular sus características y funciones.

Dicha Acta de instalación, además contendrá la integración del Comité, que incluirá personal médico de distintas especialidades, paramédico, integrantes de diversas profesiones no médicas, en los términos señalados por el artículo 41 Bis de la Ley, que cuenten con capacitación en bioética, quienes podrán o no estar adscritos al Establecimiento; así como representantes de personas usuarias de los servicios de salud y de la sociedad, guardando equilibrio de género.

El Comité tendrá un Presidente, quien no deberá pertenecer al cuerpo directivo del Establecimiento, y por lo menos cuatro vocales, quienes durarán en su encargo el tiempo que se establezca en el Acta de Instalación, procurando que la sustitución de sus integrantes se haga de manera escalonada, y conforme al procedimiento que se detalle en las Reglas de Funcionamiento del Comité.

El Comité, en el cumplimiento de sus funciones, se auxiliará de un Secretario que será nombrado por su Presidente de entre los vocales.

El Comité podrá invitar y consultar a especialistas independientes o no, cuya intervención se considere necesaria para la toma de decisiones relacionadas con los asuntos a tratar en las sesiones.

La participación de los integrantes del Comité, del Secretario y de los Invitados, será con carácter honorífico.

El Presidente del Comité en todo momento podrá, por consenso de los integrantes de este último, poner a consideración del Director o Titular del Establecimiento la ampliación de la integración del Comité.

**SEPTIMA.** El Comité deberá registrarse ante la Comisión Nacional de Bioética.

Dicho registro tendrá por objeto la compilación con fines estadísticos y de seguimiento de la información inherente a la integración y funcionamiento del Comité.

El director o titular del Establecimiento deberá solicitar el registro del Comité, a través del portal electrónico de la Comisión, en el formato establecido como Anexo Único del presente Acuerdo, que deberá contener el nombre, denominación o razón social del solicitante, en su caso de su representante legal; domicilio para recibir notificaciones, teléfono y correo electrónico, así como nombre de las personas autorizadas para recibir notificaciones; los datos de identificación del Comité, fecha de instalación, nombre y cargo de los integrantes.

El solicitante deberá adjuntar el documento con el que acredite su personalidad, el acta de instalación del Comité y la constancia de designación de cada uno de los integrantes del mismo.

La Comisión, en un plazo de cinco días hábiles, admitirá a trámite la solicitud y en caso de existir omisión de alguno de los requisitos, prevendrá al solicitante para que subsane las omisiones dentro del término de quince días hábiles, contados a partir de la fecha en que se le haya notificado, apercibido de que en caso de no dar cumplimiento se tendrá por no presentada la solicitud.

Una vez admitida la solicitud, la Comisión

contará con un plazo de quince días hábiles para emitir la constancia de registro correspondiente, la cual tendrá una vigencia de tres años.

La constancia de registro podrá renovarse, para ello el director o titular del Establecimiento presentará la solicitud dentro del mes anterior a su vencimiento, para lo cual deberán acreditar el cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo.

**OCTAVA.** Con excepción de los representantes del núcleo afectado o de las personas usuarias de los servicios de salud, en la selección de los vocales deberán tomarse en consideración los criterios siguientes:

- I. Ser reconocido y documentar su excelencia profesional en el campo de su desempeño;
- II. Contar con antecedentes personales que acrediten idoneidad y conducta éticas, y
- III. Contar con capacitación en bioética.

**NOVENA.** Para la integración del Comité será necesario que el titular del Establecimiento expida una constancia de designación a cada uno de sus miembros. La constancia de designación de los miembros del Comité, deberá contener al menos los requisitos siguientes:

- I. Nombre completo de la persona designada;
- II. Duración del encargo;
- III. Cláusula de confidencialidad con relación a las solicitudes, información del solicitante o del caso que se somete a consideración del Comité, así como de las reuniones en las que se delibera sobre los casos clínicos, y
- IV. El señalamiento expreso de que la incorporación al Comité será con carácter honorífico.

**DECIMA.** El Comité deberá establecer sus Reglas de Funcionamiento, donde se

precisen las funciones de sus miembros, así como los mecanismos internos de operación en las sesiones, de acuerdo a los criterios establecidos en el presente Acuerdo y la Guía.

Para efectos de lo señalado en el párrafo anterior, el Comité deberá sesionar en forma ordinaria, al menos seis veces al año y en forma extraordinaria en cualquier momento a solicitud de su Presidente, o cuando lo soliciten la mayoría de sus integrantes.

El Presidente podrá convocar a sesionar al Comité, a petición que se le haga por escrito, del personal de atención médica, un paciente o su familiar directo, tutor o representante legal, que reciba la atención en salud dentro del Establecimiento y así como por los involucrados en el proceso de educación para la salud.

Se considerará que existe quórum, con la asistencia del Presidente del Comité y la concurrencia de la mitad más uno de sus integrantes.

Las resoluciones emitidas por el Comité deberán ser resultado del consenso de los miembros presentes en la sesión que corresponda.

El Comité deberá evitar el Conflicto de Interés en la deliberación de los Dilemas bioéticos, por lo cual el integrante que potencialmente presente un Conflicto de interés deberá abstenerse de participar en la deliberación, debiéndose asentar en el acta correspondiente.

**DECIMA PRIMERA.** Los gastos de operación del Comité serán financiados por el Establecimiento, sin que ello signifique un Conflicto de interés en las funciones del Comité.

**DECIMO SEGUNDA.** La Comisión, por sí o a través de las Comisiones Estatales de Bioética, podrá solicitar en todo momento a los Establecimientos, información relativa a la integración y funcionamiento de los Comités.

**DECIMO TERCERA.** El Comité promoverá con el director o titular del Establecimiento, la elaboración de lineamientos y guías éticas institucionales para la atención y la docencia médica. Asimismo, promoverá la educación bioética permanentemente de sus miembros y del personal del Establecimiento.

**DECIMO CUARTA.** La información derivada del desempeño de las funciones del Comité, deberá manejarse conforme a lo estipulado por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, según corresponda, y demás disposiciones aplicables en la materia.

**DECIMO QUINTA.** La Comisión promoverá el cumplimiento de las disposiciones del presente Acuerdo, para lo cual podrá coordinarse con las Comisiones Estatales de Bioética.

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.** El presente acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** Los Establecimientos a los que se refiere el presente acuerdo contarán con un plazo de 180 días naturales para instalar su Comité Hospitalario de Bioética.

**TERCERO.** Los Comités que hayan sido creados, instalados o iniciado operaciones con anterioridad a la publicación del presente Acuerdo, contarán con un plazo de 180 días naturales posteriores a la publicación en el Diario Oficial de la Federación, para adecuar su funcionamiento a lo establecido en el presente Acuerdo.

**CUARTO.** La Comisión Nacional de Bioética deberá actualizar la Guía y contará con un plazo de 180 días naturales a partir de la publicación del presente ordenamiento.

**QUINTO.** Cada Comité tendrá 60 días naturales contados a partir de su instalación para emitir sus Reglas de Funcionamiento.

**SEXTO.** Con el objeto de instalar los Comités, por única ocasión los integrantes de los mismos que no cuenten con capacitación en bioética al momento de su designación en los términos señalados en la Disposición Séptima del presente Acuerdo, deberán capacitarse dentro de los seis meses siguientes a la fecha de su designación.

Dado en la Ciudad de México, a 24 de octubre de 2012.- El Secretario de Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg.- Rúbrica.®

## Referencias bibliográficas

-*Diario Oficial de la Federación.* (2012). Segunda Sección Poder Ejecutivo Secretaría de Salud, Disposiciones Generales en Bioética. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5276107&fecha=31/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276107&fecha=31/10/2012) consulta mayo 2015.

# Espacio libre y cartas al editor





# Cuando ya no hay más que hacer, es cuando tenemos que hacer más

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**José Pedro Montoya Moreno**  
Coordinador de Salud

**Resumen:** en este siglo XXI los científicos en el afán de vencer a la naturaleza, ha ido creando nuevas esperanzas respecto a la gravedad y muerte de los pacientes, que han dado lugar a algunos dilemas actuales sobre el uso y abuso de la ciencia y la tecnología, que le han permitido tener alternativas como: la conservación de la vida con regímenes artificiales, la donación y trasplantes de órganos y tejidos, la medicina paliativa, la voluntad anticipada y la delimitación para el diagnóstico de muerte, que ante el desarrollo actual motivó el surgimiento de la Bioética.

**Palabras clave:** paciente terminal, terapia intensiva, toma de decisión.



La palabra desahuciado ha desaparecido del diccionario médico ya que el admitir que un paciente enfermo no tiene posibilidades de curación actualmente se le denomina enfermo terminal o irreversible, que según el Diccionario de la Real Academia Española los define igual, pero en significado contextual no es lo mismo, ya que en el primero no se tenía que realizar ninguna intervención terapéutica y se mandaba al paciente a casa a morir, y en el segundo se considera como una enfermedad de evolución progresiva, de comprobada ineficacia de los tratamientos y pérdida de la esperanza de recuperación con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses, lo que coloca al paciente en una situación de vulnerabilidad que la ley actualmente protege y da ciertas obligaciones al trabajador de la salud para continuar con sus cuidados, pero desde una perspectiva paliativa

más que terapéutica. El 16 de junio de 1998 se rubricó la Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos en el Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos, donde los derechos del paciente constituyen la columna vertebral del documento y evita que se apliquen a los enfermos procedimientos excesivos e innecesarios para el mantenimiento prolongado de las funciones vitales, los cuales sólo logran prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares, lo que llamamos ensañamiento terapéutico y/o futilidad terapéutica.

Durante la historia de la humanidad se ha tenido una desesperanzada búsqueda de elementos y cuidados que permitan evitar la muerte por enfermedad, lo que ha llevado al hombre actual a dilemas en el momento de decidir hasta qué punto es reversible la

gravedad y hasta qué punto el actuar médico puede influir en esa reversibilidad y en el desenlace de un enfermo, lo que representa hoy problemas bioéticos acontecidos por el avance de la tecnología aplicable a pacientes críticos o terminales, por lo que se tienen a estos enfermos por grupos de riesgo, que van desde establecer la base de la mortalidad, las secuelas discapacitantes y el grado de recuperabilidad, para determinar si es momento de la limitación del esfuerzo terapéutico, para no llegar a la futilidad u obstinación terapéutica y tomar la decisión de llevarlo a un nivel de cuidados paliativos.

Es importante conocer e identificar el impacto que este tipo de situaciones tiene sobre los servicios de salud, principalmente en las Unidades de Terapia Intensiva, donde se da el seguimiento de pacientes en estado crítico con posibilidades de ser o no recuperables, por lo que con rigor científico y ético se debe establecer el beneficio real del paciente al ingresar. La medicina crítica o intensiva se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida, y requiere de personal altamente calificado, de diseño de unidades y equipamiento específico.

En el caso de los enfermos en coma o con cuadros clínicos que alteran su capacidad psíquica para tomar una decisión determinada y que no pueden ejercer su derecho a la autonomía, el médico intensivista puede guiarse por lo siguiente: la voluntad del paciente antes del ingreso o si existe una voluntad anticipada, tomando en cuenta el criterio del juicio sustituto, es decir del familiar, y finalmente velar por los mejores intereses para el paciente. Enfatizando que siempre debe existir un consenso con los familiares para evitar conflictos, a través del Consentimiento Informado.

El equipo de salud debe estar preparado profesionalmente para prestar un cuidado psíquico-sanitario y plenamente humano, ya que un paciente en estado terminal presenta mucho dolor, existe un quiebre de su proyecto vital y de vínculos, existe una pérdida de autoimagen y autonomía, además de una muerte social por la estigmatización y la discriminación laboral, así como endeudamiento y ruina económica, dando por consiguiente una pérdida de estatus social y aislamiento. Por lo que el paciente tiene derecho a ser cuidado por personas capaces, compasivas y sensibles, competentes en su profesión y capacitados en temas de bioética. ☞



#### Referencias bibliográficas

- Mendoza, C. E., (2007) "El enfermo terminal, la muerte y la bioética. En Bioética, de su mirada Estándar, al arte de las humanidades médicas". México. Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.. 88-89.
- Castillo Valery A. (1988) "Aspectos éticos de la limitación de tratamiento en pacientes en estado grave". Boletín de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI) 1988:1:8-11.
- OMS. (2002) Referido por Mendoza, C., E., Bioética Humanismo y Clínica Psiquiátrica. México. Difusión & Tecnología, S.A. de C.V. 2011. 250-51.

# Lecturas recomendadas





# La nostalgia del absoluto de George Steiner

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

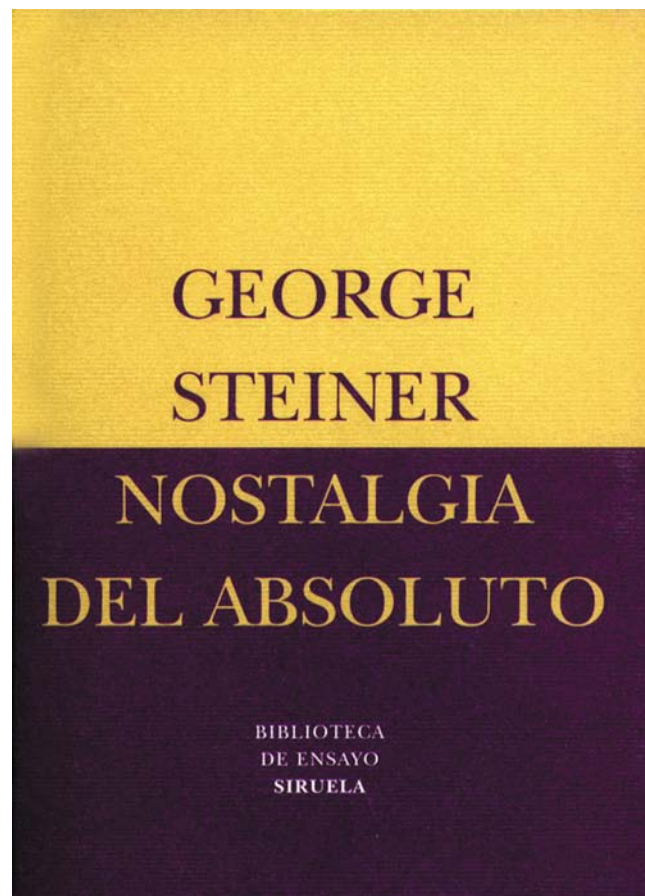
**Marisabel Rivera Jiménez**

Responsable de los Comités Hospitalarios de Bioética de la  
Comisión de Bioética del Estado de México

**Resumen:** al momento de examinar este ejemplar, nos topamos con la descripción de la contraportada, en la que menciona: “Los textos del presente volumen, *nostalgia del absoluto*, nacen de una reflexión, a raíz de un ciclo de cinco conferencias emitidas por la radio canadiense en el otoño de 1974, sobre el vacío moral y emocional que ha dejado en la cultura occidental, la decadencia de los sistemas religiosos institucionales... Steiner examina las mitologías sustitutivas de las religiones tradicionales, todos ellos intentos fallidos de dar una respuesta universal a la crisis de sentido que afecta al hombre moderno”.

No deja de llamar la atención, que pareciera un libro pasado de tiempo, sin embargo, al embaucarnos en su interior, y con el desglose de éstas conferencias, podemos entonces, recrear éstas observaciones y hacerlas propias, actuales; ya que infringe en el lector, cuestionamientos que no serán fáciles de eliminar de la mente.

**Palabras clave:** religión, mitología, anti religión, seudo religiones.



### Los mesías seculares

**E**n este apartado, Steiner nos habla acerca del decaimiento de los sistemas religiosos formales, por las iglesias, en la sociedad occidental, atribuido tal vez al Renacimiento y su racionalismo científico, al escepticismo y el secularismo explícito de la Ilustración y otros, o bien que fue en el darwinismo y la tecnología moderna de la Revolución Industrial. Las iglesias y corrientes cristianas fueron perdiendo el control sobre la sensibilidad y la existencia cotidiana; éste desecamiento llegó afectar al centro mismo de la existencia intelectual y moral de Occidente, dejó un inmenso vacío, comenta Steiner: “y donde existe un vacío, surgen nuevas energías y realidades que sustituyen a las antiguas”.

Por ello surgieron las grandes antiteologías, las metarreligiones de los siglos XIX y XX; Steiner agrupa éstos conceptos con la palabra *mitologías* evitando el impacto de los términos al lector; y define el término como una doctrina o cuerpo de pensamiento social, psicológico o espiritual que debe cumplir con ciertas condiciones, es un cuadro completo del “hombre en el mundo”. Este criterio de totalidad tiene una consecuencia muy importante; puesto que sugiere o mejor dicho Steiner afirma, que si la mitología es honrada y seria, permite la refutación o falsación e incluso invita a ello. Es decir, un sistema totalitario se derrumba en el momento que surge una excepción importante, un contraejemplo realmente poderoso. Además comenta una

segunda característica, una mitología tendrá formas fácilmente reconocibles de inicio y desarrollo; es decir un momento de iluminación que le dio origen, una visión profética fundadora y, si bien, movimientos para poder replicarla evitando su profanación o herejía.

La tercera característica de la mitología será crear un lenguaje propio, un idioma característico, un conjunto particular de imágenes emblemáticas, bandera, metáforas y escenarios dramáticos; es decir, lo define bien Steiner: “generará su propio cuerpo de mitos, describirá el mundo en términos de gestos, rituales y símbolos esenciales”. Argumenta que las mitologías fundamentales elaboradas en Occidente desde comienzos del siglo XIX no sólo son intentos de llenar el vacío dejado por la decadencia de la teología cristiana y el dogma cristiano, son una “teología sustituta” que será sistema de creencia y razonamiento antirreligioso que puede postular un mundo sin Dios y negar la otra vida; pero en estructura, aspiraciones y en pretensiones, éstas nuevas mitologías son religiosas en sentido de su estrategia y efectos. Steiner subraya, que éstos nuevos sistemas que pretenden sustituir la religión y el cristianismo, son muy semejantes a la teología que pretenden reemplazar.

Ejemplo para él es el Marxismo, tal cuál, menciona. El Marxismo nace como una religión, entregada a su hijo más fiel, procurando ser difundida por todo el mundo, buscó en su momento conquistar el pensamiento de aquella época. Sin embargo, Steiner recalca, que se ha encontrado el punto débil, la equivocación de ésta corriente, puesto que pauperizó la clase obrera y el derrumbamiento catastrófico del capitalismo. También el marxismo ha predicho en repetidas ocasiones el apocalipsis de sus enemigos y la llegada de la sociedad perfecta, de la sociedad sin clases. Pero ha fallado, tanto en el terreno de la profecía como en el terreno de la historia. Peor incluso, donde alcanzó el poder no produjo liberación, sino terror burocrático.

## Viajes al interior

Steiner hace aquí hincapié en las creencias marxistas, habla de leyes de la historia y metodología científica pero no son más que pretensiones de una mitología que no reflejan un estatus científico, sino más bien el esfuerzo por heredar la difunta autoridad y las creencias dogmáticas de la teología cristiana

Hace mención en los trabajos de Sir Karl Popper, gran filósofo y escéptico, quien llama pseudociencia a la escuela freudiana de psicoanálisis; ya que tiene el idioma de una ciencia exacta sin nada de su verdadera sustancia. Aquí me parece Steiner quiere hacer énfasis en que el psicoanálisis es algo intangible, aquí no se puede hacer una contraprueba, no hay experimentos que puedan negar lo que Freud afirma; a pesar que Freud estaba decidido a dar al psicoanálisis un fundamento biológico, dice Steiner, temía alejarse de las ciencias naturales. Sin embargo, Freud esperó toda su vida la aceptación de la prueba clínica, pero, nunca la hubo. Sugiere Steiner, que la famosa división de la conciencia humana, el Ello, el Yo y el Superyó, es en sí misma algo más que el reflejo anatómico del sótano, la vivienda y la buhardilla de un hogar de la clase media de la Viena del cambio de siglo; refiere que las teorías de Freud no son científicas en el sentido de ser universales, de ser independientes de su medio étnico-social, no como lo son las teorías de la física o la biología molecular. Sin embargo, a pesar de no ser comprobables, Steiner recalca que éstas teorías han ejercido un formidable efecto de retroalimentación en la cultura occidental, del Yo, el Superyó de todo un continente, tiene influencias freudianas, dice: muchas de las conjeturas de Freud se han cumplido, pues las costumbres privadas y sociales se han alterado para satisfacer las expectativas del psicoanálisis. Algo así como que muchas neurosis surgieron hasta que Freud las describió, es decir, el psicoanálisis inventa sus propios pacientes. Las enseñanzas de Freud, Steiner las cataloga como una forma de post.teología, de teología sustituta o vicaria, y también,

una mitología. El psicoanálisis freudiano estaba decidido a eliminar de la psique humana las ilusiones infantiles de la religión (palabras de Freud). Freud quería liberar al hombre del infantilismo de las creencias metafísicas. Trataba de desterrar las sombras arcaicas del irracionalismo, de la fe en lo sobrenatural, ésa promesa de luz, para Steiner, no se ha cumplido. Al contrario.

### El último jardín

En ésta plática, Steiner nos habla del antropólogo Claude Lévi-Strauss, como gran admirador y seguidor de Marx y Freud, sin embargo lo cataloga como un creador de mitos, un mitógrafo, inventor de leyendas para el que la noción de una mitología total, completa, es absolutamente fundamental. En su pensamiento, Lévi-Strauss, los mitos son, sencillamente, los instrumentos de la supervivencia del hombre como especie pensante y social. Es a través de los mitos como el hombre comprende el sentido del mundo, como lo experimenta de una forma coherente, como afronta su presencia irremediablemente contradictoria, dividida, ajena. Relatar historias, es para Lévi-Strauss la condición misma de nuestro ser. El control del fuego es la premisa del progreso sociocultural, sin duda. Pero éste se ha alcanzado, dice Lévi-Strauss, a un precio considerable. Afirma que sólo podemos prohibir aquello que nuestro vocabulario y nuestra gramática son lo bastante ricos y precisos para designar. Los antropólogos opinan de Lévi-Strauss que es una máquina de hilar fantasías efectistas; y él (Levi-Strauss), por el contrario, los ve a ellos como personas tan lamentablemente carentes de imaginación que tienen que ir a sentarse en tiendas de campaña a sabanas o desiertos, y dedicarse a mirar nativos agonizantes, para enterarse de lo que ya sabían que había allí. Desde el punto de vista de Steiner, resulta fascinante cómo Lévi-Strauss explica la evolución del hombre con una gran explicación postreligiosa, pseudoteológica. La idea de viajar a lugares lejanos para estudiar pueblos y culturas extranjeras sólo se da en el hombre occidental; surge del genio pre-

dador de los griegos; ningún pueblo primitivo vino nunca a estudiarnos a nosotros. Este es, por una parte, un impulso desinteresado, intelectualmente inspirado. Es una de nuestras glorias. Pero es, por otra, un aspecto esencial de la explotación. Ninguna comunidad nativa sobrevive intacta después de la visita del antropólogo, por hábil, por modesto, por discreto que pueda ser. La obsesión occidental por la investigación, por el análisis, por la clasificación de todas las formas vivas, es en sí misma un modo de sojuzgamiento, de dominio técnico y psicológico. El pensamiento analítico adulterará o destruirá fatalmente la vitalidad de su objeto. En consecuencia, dice Lévi-Strauss, estamos condenados. La antropología, la ciencia del hombre, culminará, nos dice, en *entropología*, como sinónimo de caos. Es aquí la mitología de Lévi-Strauss, que parece que Steiner realiza éste análisis en cómo el antropólogo en cuestión trata de hacernos ver que el hombre, a pesar de ser pensante, ha venido al mundo, a ésta tierra como un destructor del Jardín del Edén para las demás especies, desde los minerales, pasando por vegetales y animales, pero sobre todo de la destrucción de esa comunión que tenían los aborígenes, los indios, los del nuevo mundo descubierto por el hombre blanco, con la naturaleza y su entorno. Para él, estamos ante un apocalipsis por la destrucción del hábitat humano, robado.

### Los hombrecillos verdes

En ésta última charla, George Steiner, nos habla de la astrología, de la millonaria industria, de los avistamientos de ovnis, de ésos seres de otras galaxias que nos han visitado y han dejado su huella en avistamientos, aterrizajes en la tierra y las marcas que han dejado en ella; y no solo de las marcas físicas, si no más bien de las que lleva la humanidad en la mente. Como una segunda clase de gran farsa, se refiere a lo "astral", desde la señora que lee las hojas del té, los grafólogos, quiromantes, geomantes y echadores del Tarot; es decir, la percepción extrasensorial está completamente de moda. Nos dice, que sin saberlo, el



hombre moderno está enredado en una red de fuerzas psíquicas. Nos cuestiona entonces: que ése pensamiento supuesta una serie numerosa de complejidades, no es menos cierto que nuestro lenguaje cotidiano y nuestra imaginación rutinaria operan todavía con el dualismo burdo y rápido de mente-cuerpo. Recurrimos sin analizarlas a polaridades tales como psíquico y físico, mental y corporal, innato y adquirido, y en ese aspecto apenas hemos progresado respecto de los esquemas disociadores de la filosofía idealista y cartesiana.

Concluye Steiner, que la vuelta a lo irracional es, antes de nada, un intento de llenar el vacío creado por la decadencia de la religión. Por debajo de la gran oleada de insensatez está en acción esa nostalgia del Absoluto, ese hambre de lo trascendente, que observamos en las mitologías, en las metáforas totalizadoras de la utopía marxista, de la liberación del hombre, en el esquema de Freud del sueño completo de Eros y Tánatos, en la punitiva y apocalíptica ciencia del hombre de Lévi-Strauss.

La ausencia de una teología dominante de un misterio sistemático tal como estuvo encarnado en la Iglesia, es igualmente gráfica

en las fantasías del seguidor de los ovnis, en los pánicos y esperanzas del ocultista, en el adepto aficionado al zen.

### **Tiene futuro la verdad**

La verdad, dice Steiner, tiene futuro; que lo tenga también el hombre está mucho menos claro. Pero no puedo evitar un presentimiento en cuanto a cual de los dos es más importante.

Sin dudas, Steiner nos hace una reflexión acerca de qué es para alguien en específico lo Absoluto, puede ser una religión, una corriente económica, psicoanalítica o un estilo de vida ambientalista o astral, sin embargo, la necesidad que establece en sus letras es sin dudas la necesidad que tienen todos los hombres, que necesitamos algo en qué creer pero no encontramos ése absoluto que pueda responder todas nuestras cuestiones. Aún así, seguirán engendrandose nuevas corrientes, nuevas formas de explicar cómo la humanidad debe comportarse y decidir a qué o quién seguir en pensamiento, palabra u omisión. ☎

# Encuentro Nacional de Bioética,

*Una década de cultura bioética  
en el Estado de México*

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Lizdah Ivette García Rodríguez**  
Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad





Como ya es tradición, desde 2005, los meses de septiembre se han realizado Encuentros de Bioética, con la colaboración de la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto de Salud del Estado de México, así como la Comisión de Bioética del Estado de México (COBIEM) con la participación de las Instituciones que la conforman. Éste importante evento se llevó a cabo los días 24 y 25 de septiembre de 2015 en las instalaciones del Sindicato de Trabajadores del Estado de México y Municipios (SUTEYM) en el Auditorio de la Casa del Servidor Público Mexiquense. Con el objetivo de promover una cultura Bioética, en los trabajadores de la salud tanto en las Instituciones públicas como en las privadas, y a la sociedad en general, a los profesionales, técnicos y auxiliares de salud; fomentando los derechos humanos y el ejercicio de los principios bioéticos en la actividad médica y sanitaria, con un nivel de responsabilidad y conocimiento científico y técnico, en un marco ético, humanístico y de respeto, que se refleje en la calidad de los servicios.

En éste contexto la Secretaría de Salud ha contribuido durante diez años en desarrollar consciencia con sentido humano; es por eso que el lema de éste Encuentro Nacional de Bioética fue: “Una Década de Cultura Bioética en el Estado de México”.

El evento da inicio con la conferencia de la Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte, con el tema: “La Bioética como Camino de Esperanza a la Armonía Social”, siguiendo con la presentación del Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz “Pasado, Presente y Futuro de la Bioética”. Posteriormente dio inicio la ceremonia inaugural del evento, contando en el presidium con la presencia del Dr. Manuel Ruíz de Chávez Guerrero, presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética quien entregó un RECONOCIMIENTO a nuestra Comisión por la labor tan sobresaliente en diez años de fomento a una cultura bioética en el Estado de México; la Dra. Rocío Rangel Gómez subdirectora de Atención Médica, en representación de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, directora general del ISEM y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del



Estado de México; el Dr. Prospero Eduardo Chávez Enríquez, director general del Instituto Materno Infantil del Estado de México; el Dr. José Edgar Naime Libién, delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; el Lic. Delfino Reyes Paredes, director general del ISSEMYM; la Dra. María Fernanda Acevedo Reyes en representación del Lic. Fernando Luis Olimón Meraz, titular de la Delegación Regional Oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social; el Lic. Enrique Montes Hernández en representación del Lic. Jorge Omar Velázquez Ruíz, secretario general del SUTEYM; y la Lic. Lizdah Ivette García Rodríguez, jefa de la Unidad de Enseñanza Investigación y Calidad.



Además de contar con la presencia de invitados especiales: Dra. María Cristina Chaparro Mercado, secretaria técnica del Consejo de Salud del Estado de México; los integrantes de la COBIEM: Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado; Dra. Inés Díaz Muñoz, directora del Centro Estatal de Trasplantes; Lic. Fernando Díaz Juárez, coordinador de Regulación Sanitaria y comisionado de Riesgos Sanitarios del Estado de México (COPRISEM); Prof. Gabriel R. Reyes Jaimes, subdirector de Apoyo a la Educación de la Secretaría de Educación; Profra. Mercedes Raquel Agamí Quezada, coordinadora del Programa Aire Limpio del Valle de Toluca y Secretaría del Medio Ambiente; Dra. Lilia Patricia Bustamante Montes, directora de la Facultad de Medicina la UAEMéx; Dr. Juan Carlos Peña Cervantes, jefe del departamento de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISSSTE; Dra. María del Socorro Romero Figueroa, coordinadora de Investigación del IMSS Delegación Estatal Zona Poniente; Dra. Hilda María López Granados, coordinadora de Prevención y Atención a la Salud del IMSS Delegación Estatal Zona Oriente; Dr. Víctor Gutiérrez Gómez, director de Enseñanza e Investigación del IMIEM; Dr. Guillermo







Victal Vazquez, director de Educación e Investigación en Salud del ISSEMYM; Dra. Rosa María Estrada Arévalo, responsable de Capacitación del DIFEM; Mtro. Miguel Ángel Cruz Muciño, director Jurídico y Consultivo de la CODHEM; Dr. Jesús Hernández Romero, subdirector de investigación y concertación del CETRAEM; Dra. María de los Ángeles Hernández Osuna, presidenta de la Academia Mexiquense de Medicina; Lic. José Luis Mendoza Martínez, responsable del Área de Legislación de la Unidad de Asuntos Jurídicos ISEM; Dr. Alfredo Viguera Rendón, representante de la Sociedad Mexiquense; Dra. Hilda Carmen Vargas Cancino, coordinadora del Programa Estudio, Difusión y Divulgación de la No Violencia; Mtra. Laura Martínez López, presidenta del Colegio Unido de Enfermeras y Enfermeros del Estado de México; Dr. Francisco Cabrera Esquitín, asesor externo de la COBIEM; Dr. Octavio Márquez Mendoza, invitado especial de la COBIEM y Dr. Armando Mendoza Tenorio, representante de la Comisión Nacional Mexicana de Bioética Capítulo Estado de México.



El mensaje de bienvenida fue expresado por la Lic. Lizdah Ivette García Rodríguez, jefa de la Unidad de Enseñanza Investigación y Calidad, quien habló de la importancia de la Bioética y sus fundamentos éticos y la aplicación de los valores y principios bioéticos en la operación de las Instituciones de salud, sobre todo puntualizó la obligación de asumir una conducta acorde en la importante responsabilidad científica, social y profesional.

Posteriormente, se proyectó un video alusivo a los 10 años de cultura bioética en el Estado de México, en el cual se muestran fotografías de las actividades realizadas durante ésta década.

El Dr. Manuel Ruíz de Chávez Guerrero, presidente de la Comisión Nacional de Bioética y ex presidente de la Academia Mexicana de Medicina, elogió las labores de la Comisión de Bioética en el Estado de México y entregó

un RECONOCIMIENTO por los primeros diez años de valiosa colaboración para ofrecer a la conducta un apoyo nuevo racional, un código ético ligado a las necesidades de los que solicitan nuestros servicios, marcando el camino que debemos emprender como académicos, científicos e investigadores y como prestadores de servicios vinculados con el hombre y su salud, con la implementación de una cultura bioética, basada en los derechos humanos y humanismo. La Dra. Rocío Rangel Gómez, subdirectora de Atención Médica, en representación de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, directora general del ISEM y Vicepresidenta de la COBIEM le correspondió dar el agradecimiento al Dr. Manuel Ruiz de Chávez Guerrero.

Al terminar el acto de inauguración se presentó el Dúo de la Escuela de Bellas Artes de Toluca, quienes amenizaron el evento con melodías mexicanas.

Siguiendo con el programa académico se presentó la conferencia magistral Aprendiendo a vivir sin ti, desde un marco tanatológico, a cargo del Lic. Rafael González Salomón.

Desde un enfoque científico y axiológico la Dra. María Cristina Caballero Velarde, ex presidenta de la Academia Nacional Mexicana de Bioética habló del diagnóstico genómico, como paradigma clínico, ético y jurídico.

Para finalizar el primer día se presentó el simposio: "Bioética y adolescencia", con el Dr. Alejandro Rosas Solís quien presentó el tema: Dilemas y Controversias en los Derechos de Salud Reproductiva y Sexual de los Adolescentes; la Dra. Emma Verástegui Avilés Lerma con el tema: dilemas bioéticos en la atención del adolescente y la Mtra. Mariana Zamfir Stanciu, con: principio de respeto a las personas y Bioética; concluyendo con la participación entusiasta de los asistentes se iniciaron las actividades del día 25 de septiembre con la participación del Dr. Ángel Alonso Salas, con Filosofía Bioética ante el avance científico y tecnológico; el Lic.

Santiago Outón de la Garza, con Bioética ambiental una necesidad de convertir principios abstractos en operativos concretos; el Dr. Enrique Mendoza Carrera, con el tema: Aspectos Bioéticos en la atención a la salud mental; y la Dra. María del Carmen Juárez Toledo, con el tema: Vulnerabilidad y Violación Sistemática de los Derechos de las Mujeres Indígenas. Todos enfocados a guiar nuestras acciones para aprovechar los avances científicos y tecnológicos pero con fines bioéticos, antropológicos y con mayor responsabilidad para elevar la dignidad de los derechos de las personas.

En este contexto se dió inicio al simposio: Bioética y justicia, en el que participaron el Mtro. Héctor Nebot García, con Bioderecho en la toma de decisiones al final de la vida y la Dra. Garbiñe Saruwatari Zavala, con el tema: Aspectos éticos, jurídicos y sociales de la medicina genómica.

Finalmente la Dra. Ana María Millán Velázquez, Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y Responsable Estatal del Programa de Bioética, dió las palabras de clausura cumpliendo así con el programa académico y los objetivos de manera satisfactoria, dejando más luz y enseñanza en ésta tarea paradigmáticamente evolutiva de la Bioética. ☺



# Diplomado: La aplicación de la bioética en los servicios de salud

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Erika Viridiana Mejía Millán**  
Responsable de Comunicación Social y Capacitación  
de la Comisión de Bioética del Estado de México





**E**ste diplomado se origina de la necesidad de hacer llegar el conocimiento en bioética al personal de la salud, con el fin de orientarlos en la toma de decisiones clínicas y al análisis ético de proyectos de investigación, así mismo para fortalecer el quehacer de los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación, ya que el avance tecnológicos y científico representan problemas éticos que en ocasiones no es sencillo resolver. Además de fomentar el humanismo y los derechos humanos, que permita mejorar su desempeño profesional y por ende la calidad de los servicios de salud. Tiene como objetivo promover una cultura bioética, en el personal de salud para generar el perfil que se requiere para el funcionamiento eficiente y eficaz de los Comités Hospitalarios de Bioética y de los Comités de Ética en Investigación en las unidades hospitalarias.

El promover una cultura bioética en los trabajadores de la salud es una responsabilidad de las instituciones de salud y educativas en salud, para poder contribuir a mejorar la relación médico-paciente y la calidad de los servicios, por medio de la capacitación y asesoría profesional sobre las conductas que deben de adoptar con respecto a controversias morales concretas y al análisis ético de los protocolos de investigación.

### **Desarrollo del diplomado:**

Modulo I: antecedentes de la práctica médica; en el que el participante será capaz de comprender la semiología clínica de la medicina, ya que al ser una disciplina humanista, aplica la mirada desde una perspectiva antropológica, social, ética y biológica.

Modulo II: fundamentos filosóficos, deontológicos y humanísticos en medicina; el participante será capaz de analizar el quehacer médico en las dimensiones de la hermenéutica de la medicina.

Módulo III: bioética aplicada en la clínica médica; el participante será capaz de compren-



der los pilares fundamentales de la bioética clínica. A través de un método de ordenamiento de los conocimientos para llegar a la identificación de los problemas en salud, en la relación médico-paciente y en la observación, construcción y aplicación a la situación concreta en la investigación científica, tecnológica y sus implicaciones legales, morales y éticas.

Módulo IV: infraestructura estatal, nacional e internacional de la Bioética; el participante será capaz de identificar las instituciones bioéticas en los ámbitos nacionales e internacio-





nales y la normatividad vigente en la materia, para la obtención de los datos que le permitan analizar las alternativas de solución ante los problemas médicos y favorecer el buen funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación.


Al finalizar el diplomado el egresado podrá llevar una relación humanista con los pacientes y compañeros de trabajo, manteniendo un comportamiento bioético en su quehacer diario, así como de identificar problemas y/o dilemas bioéticos que se presenten en su área laboral llegando a una resolución adecuadamente sustentada, también podrá participar en los Comités Hospitalarios de Bioética y en los Comités de Ética en Investigación de su instancia correspondiente.



Para que los participantes tengan derecho al diploma, será necesario que obtengan una calificación mínima de 8.0 en escala de 1 a 10.

El diplomado "La Aplicación de la Bioética en los Servicios de Salud" está avalado por la Universidad Autónoma del Estado de México (Dirección de Educación Continua y a Distancia), es presencial y está dirigido al Personal de las unidades hospitalarias (médicos, enfermeras y administrativos). La primera promoción se realizó en el Hospital Regional número 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social Zona Poniente, con la participación de 84 asistentes; posteriormente en el Instituto Materno Infantil del Estado de México donde, se llevo a cabo la segunda y tercera promoción con una asistencia de 70 personas. En estos momentos se está desarrollando la cuarta promoción en el aula 1 del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, con la participación de 52 asistente, por razones de cupo.



Estas actividades dan cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones Generales y en la Ley General de Salud en materia de Bioética. 

# Curso: Búsqueda y recuperación de información en bioética y ciencias de la salud

Fecha de recepción: mayo 2015.  
Fecha de aceptación y versión final: junio 2015.

**Raúl Héctor Rodríguez Otero**  
Subdirector de Biblioteca de la Comisión Nacional de Bioética

**Erika Viridiana Mejía Millán**  
Responsable de Comunicación Social y Capacitación  
de la Comisión de Bioética del Estado de México







Como parte de las actividades de fomentar una cultura bioética y capacitar en bioética, la Comisión de Bioética del Estado de México solicita al Centro del Conocimiento Bioético (CECOBE) de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) impartir el curso Búsqueda y Recuperación de Información en Bioética y Ciencias de la Salud, dirigido a investigadores, residentes, jefes de enseñanza e integrantes de ésta comisión. Este se desarrolla en las aulas de cómputo de la Dirección de Educación Continua y a Distancia de la UAEMéx, con una duración de cinco horas.

El CECOBE es el espacio de impulso al conocimiento bioético y de información especializada de la CONBIOÉTICA. Está compuesto de dos vertientes estructurales: el área de Divulgación y Biblioteca, las cuales, en conjunto, desarrollan cuatro vertientes de acción: a) la gestión de contenidos en el portal web institucional, b) la comunicación educativa y el monitoreo estratégico de información; c) la promoción y difusión de información especializada nacional e internacional y d) la aten-

ción a usuarios y servicios de la Biblioteca física y virtual.

Dicho curso tiene como objetivo dar a conocer las estrategias adecuadas de búsqueda y recuperación de información en bioética y ciencias de la salud en fuentes electrónicas confiables, en bases de datos por suscripción como; EBSCOHost, Nature, BioOne, Pringer, STOR y ELSEVIER y en recursos electrónicos de libre acceso; Redbioética, UNESCO, PLM, PubMed, SciElo, ACTA BIOETHICA, Imbimed, DOAJ, HONcode, Redalyc, Revista de bioética y derecho, Biblioteca virtual en salud y MedlinePlus. Facilitando la búsqueda y recuperación de la información en las diversas actividades cotidianas que el personal de salud realiza.

En el curso se da a conocer la introducción con una breve bienvenida, señalando las funciones de la CONBIOÉTICA y como está constituida, así como los objetivos generales y particulares del taller.



En el primer módulo se da respuesta a ¿Qué es la bioética? Con diversas definiciones, conceptos y antecedentes históricos de la bioética y sus instituciones.

El segundo módulo habla de los aspectos relevantes para la búsqueda y recuperación de información, como las necesidades de información científica, estrategias generales, que son: la búsqueda simple, avanzada, booleana y con operadores de truncamiento y estrategias particulares, como: la búsqueda por tesauros, en múltiples bases de datos y estrategias básicas, que son: el envío, impresión y descarga de documentos, la obtención de documentos a través de buscadores o metabuscadores, el compartir documentos con otros usuarios (EBSCOHost), las alertas sobre temáticas de interés a través de correo

electrónico y redes sociales (EBSCOHost) y la creación de carpetas virtuales personalizadas para guardar documentos (EBSCOHost).

También se señalan los servicios con los que cuenta la biblioteca CONBIOÉTICA y en qué consiste la comunidad Amigos CONBIOÉTICA.

Por último en el módulo tres se exponen las bases de datos con información multidisciplinaria y especializada en bioética y ciencias de la salud, definición y clasificación de bases de datos: especializadas, multidisciplinarias, referenciales y texto completo; el acceso a las bases de datos por suscripción y de libre acceso, así como ética de la información e integridad científica. ☞





## Normas para la presentación de colaboraciones

El objetivo de la revista es difundir los principios de bioética, constituyéndose en un medio de información y difusión en la materia aplicada a la salud en la entidad, para fomentar el sentido de corresponsabilidad mediante la prevención e información en salud, creando una cultura bioética consciente y previsoras en las instituciones que conforman la Comisión de Bioética del Estado de México. Asimismo, coadyuvar para el buen desempeño de los comités de bioética hospitalarios y de ética en investigación, de las instituciones de salud, así como los que se formen en otras instituciones de enseñanza.

La revista está dirigida a los servidores públicos de las instituciones del sector salud y educativo del Estado de México. Su distribución es gratuita. Los ejemplares estarán ubicados en las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales. Asimismo, se puede consultar en la página electrónica de la Secretaría de Salud: [www.salud.edomex.gob.mx](http://www.salud.edomex.gob.mx) en el espacio de Recursos.

### Normas

Se publicarán únicamente trabajos originales e inéditos.

El idioma oficial de la revista es español. Los artículos escritos en inglés o francés, de ser aceptados para su publicación, deberán ser traducidos al español por cuenta del autor. Se considerarán inéditos aquellos que ya hayan sido publicados en otro idioma y se traduzcan por primera vez al español. Es pertinente informar si el trabajo ha sido presentado para su posible publicación en otro lugar.

Los trabajos deberán entregarse escritos a doble espacio, con tamaño de letra Gotham Book a 10 puntos y capturados en el procesador de textos Word; deberá adjuntarse el disco que contenga el archivo y enviarse a nuestros correos electrónicos: [isem.iebioetica@edomex.gob.mx](mailto:isem.iebioetica@edomex.gob.mx) y [comisionbioeticaedomex@gmail.com](mailto:comisionbioeticaedomex@gmail.com).

Cada trabajo deberá ir acompañado con palabras claves y un resumen de no más de 200 palabras (obligatorio).

En la elaboración de citas (aparato crítico) utilizar el sistema Harvard.

A todo trabajo deberá adjuntarse una síntesis curricular del autor, indicando la institución donde labora, su grado académico, teléfono, correo electrónico y fecha de envío de documento.

El comité de redacción se reserva el derecho de efectuar las correcciones de estilo (ortografía, redacción, sintaxis, etcétera) que pudiera requerir el texto.

## Contenido

Se divide en las siguientes secciones:

**Diálogo bioético:** sección en la que se presentarán temas de actualidad y relevancia bioética, de distintos campos interdisciplinarios de la salud y del medio ambiente, escritos por expertos en el área. La extensión máxima es de cinco cuartillas. La bibliografía debe ser suficiente y adecuada.

**De la ciencia a la conciencia:** serán considerados en esta sección los informes sobre aspectos éticos del ejercicio profesional y aquellos relacionados con los avances de la tecnología y la relación médico-paciente. Extensión máxima de cinco cuartillas.

**Perspectivas médicas y reporte de casos:** sección para incluir artículos sobre algunos temas y problemáticas específicas en el campo médico, casos concretos, alternativas, experiencias médicas. Los escritos deberán contener: La exposición del hecho, identificación del(los) dilema(s)

ético(s) y la disertación o discusión ético-clínica relacionadas con los principios bioéticos. La extensión máxima de cinco cuartillas.

**Fuente informativa en bioética:** en esta sección se incluirán los documentos, noticias, declaraciones, manifiestos de actualidad sobre bioética y humanismo en medicina. La extensión máxima debe ser de cinco cuartillas.

**Espacio libre y cartas al editor:** en esta sección se podrán exponer comentarios, sugerencias, vivencias, felicitaciones y otros. La extensión máxima de dos cuartillas.

**Lecturas recomendadas:** contempla en esta sección una ventana que pone al alcance del lector un resumen o descripción breve de tres publicaciones, que pueden ser de libros y revistas o alguna nota o contenido de Internet, así como alguna imagen, permitiendo de este modo conocer y tener la referencia para una consulta con mayor profundidad. La extensión máxima es de tres cuartillas.

## Colaboraciones

Cualquier persona interesada en participar podrá hacerlo, para ello se cuenta con un correo electrónico (mencionado en la hoja anterior) para su inserción en la revista. Toda colaboración será expuesta ante el comité editorial y de redacción, quienes valorarán su autorización para la publicación.

## Créditos por autor

Las colaboraciones estarán identificadas con un autor o fuente informativa, para deslindar responsabilidades futuras o acusaciones de plagio. Se incluye el cargo y dependencia de las colaboraciones. Evitar en lo posible los textos anónimos. ☹

# Comisión de Bioética del Estado de México

**SECRETARIO DE SALUD  
PRESIDENTE**

**DIRECTORA GENERAL DEL ISEM  
VICEPRESIDENTA**

**RESPONSABLE ESTATAL DE BIOÉTICA  
SECRETARIA TÉCNICA**

## **VOCALES**

**PROFR. GABRIEL RENATO REYES JAIMES**

Subdirector de Apoyo a la  
Educación de la Secretaría de Educación

**PROFRA. RAQUEL AGAMI QUEZADA**

Coordinadora del Programa Aire Limpio  
del Mpio. de Toluca, Secretaría del Medio Ambiente

**DRA. LILIA PATRICIA BUSTAMANTE MONTES**

Directora de la Facultad de Medicina de la UAEMéx

**DR. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO**

Coordinador de Salud del ISEM

**LIC. LIZDAH IVETTE GARCÍA RODRÍGUEZ**

Asesor Permanente de la COBIEM  
Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad

**DR. JUAN CARLOS PEÑA CERVANTES**

Jefe de Enseñanza de la Delegación  
Estatad ISSSTE

**DRA. HILDA MARÍA LÓPEZ GRANADOS**

Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud IMSS  
Delegación Estatal Zona Oriente

**DRA. MARÍA DEL SOCORRO ROMERO FIGUEROA**

Coordinadora de Investigación del  
IMSS Delegación Estatal Zona Poniente

**DR. VÍCTOR GUTIÉRREZ GÓMEZ**

Director de Enseñanza e Investigación del IMIEM

**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ**

Director de Educación e Investigación  
en Salud del ISSEMYM

**DRA. ROSA MARÍA ESTRADA ARÉVALO**

Responsable de Capacitación del DIFEM

**LIC. MIGUEL ÁNGEL CRUZ MUCIÑO**

Director de la Unidad Jurídica y Consultiva de la CODHEM

# Comisión de Bioética del Estado de México

**DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR**  
Comisionado de Conciliación  
y Arbitraje Médico del Estado de México

**DR. J. JESÚS HERNÁNDEZ ROMERO**  
Subdirector de Investigación  
y Concertación del CETRAEM

**DRA. MA. DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ OSUNA**  
Presidenta de la Academia  
Mexiquense de Medicina

**M. EN E. LAURA MARTÍNEZ LÓPEZ**  
Presidenta del Colegio Unido  
de Enfermeras y de Enfermeros de México A.C.

**DRA. HILDA CARMEN VARGAS CANCINO**  
Coordinadora del Programa Estudio, Difusión y  
Divulgación de la No Violencia de la UAEMéx.

**LIC. JOSÉ LUIS MENDOZA MARTÍNEZ**  
Responsable del Área de Legislación de la  
Unidad de Asuntos Jurídicos del ISEM

**DR. ALFREDO VIGUERAS RENDÓN**  
Representante de la Sociedad Mexiquense

**DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN**  
Asesor Externo de la COBIEM

**DR. OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA**  
Invitado Especial

## CONSEJO EDITORIAL

**MTRO. CÉSAR NOMAR GÓMEZ MONGE**  
Secretario de Salud del Estado de México

**DRA. ELIZABETH DÁVILA CHÁVEZ**  
Directora General del Instituto de Salud  
del Estado de México

**DR. MANUEL H. RUIZ DE CHÁVEZ GUERRERO**  
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética



# Subcomité Editorial de la Secretaría de Salud

## PRESIDENTE

**M. EN A. LEOPOLDO MORALES PALOMARES**  
Coordinador de Administración y Finanzas del  
Instituto de Salud del Estado de México

## VOCALES

**DRA. MARÍA ELENA ÁLVAREZ LOBATO**  
Coordinadora de Hospitales Regionales  
de Alta Especialidad

**LIC. MIGUEL ÁNGEL ORDOÑEZ RAYÓN**  
Coordinador de Voluntad Anticipada

**DRA. INÉZ DÍAZ MUÑOZ**  
Directora del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de México

**DR. CESAREO FERNANDO GUERRA ROJANO**  
Director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones

**M. EN C. E. VÍCTOR MANUEL TORRES MEZA**  
Director General del Centro Estatal de Vigilancia  
Epidemiológica y Control de Enfermedades

**DR. PROSPERO EDUARDO CHÁVEZ ENRÍQUEZ**  
Director General del Instituto Materno Infantil  
del Estado de México

**DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR**  
Comisionado de Conciliación y Arbitraje  
Médico del Estado de México

**DR. EFRAIN BERMUDEZ TORRES**  
Director del Hospital Regional de Alta Especialidad  
de Zumpango

**DR. RAMÓN ESPINOZA HERNÁNDEZ**  
Director del Banco de Tejidos del Estado de México

**C. P. ALDO LEDEZMA REYNA**  
Jefe de la Unidad de Protección Social en Salud

**M. EN A. H. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO**  
Coordinador de Salud del Instituto de Salud del Estado de México

**M. EN D. C. FERNANDO DÍAZ JUÁREZ**  
Coordinador de regulación sanitaria del Instituto  
de Salud del Estado de México

**LIC. ELBA GALICIA MERTÍNEZ**  
Jefa de la Unidad de Comunicación Social del  
Instituto de Salud del Estado de México

## SECRETARIO TÉCNICO

**LIC. CLAUDIA TERÁN CORDERO**  
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa  
del Instituto de Salud del Estado de México





Mexiquenses más sanos

24 y 25 de septiembre de 2015



# Encuentro Nacional de BIOÉTICA

“UNA DÉCADA DE CULTURA BIOÉTICA EN EL ESTADO DE MÉXICO”

SEDE: Auditorio de la Casa del Servidor Público Mexiquense Urawa No. 127, Col. Sánchez Colín, Toluca, Estado de México.

## Programa:

### 24 de septiembre

08:30 horas	Registro
09:00 horas	Conferencia “La Bioética como Camino de Esperanza a la Armonía Social”
10:00 horas	Conferencia “Pasado, Presente y Futuro de la Bioética”
11:00 horas	Ceremonia de Inauguración y Entrega de Reconocimientos a la Participación en el desarrollo de “Una Década de Cultura Bioética en el Estado de México”
11:20 horas	Presentación Artística
11:30 horas	Conferencia Magistral “Ética, Bioética, Fundamentos, Principios y Valores”
12:20 horas	Receso
12:40 horas	Conferencia “Diagnóstico Genómico, Paradigma Clínico, Ético y Jurídico”
13:30 horas	Simposium “Bioética y Adolescencia” Dilemas y Controversias en la Normatividad en la Atención del Adolescente Dilemas Bioéticos en la Atención del Adolescente Principio de Respeto a las Personas y Bioética

### 25 de septiembre

09:00 horas	Conferencia “Filosofía Bioética ante el Avance Científico y Tecnológico”
10:00 horas	Conferencia “Bioética Ambiental; la Necesidad de Convertir Principios Abstractos en Operativos Concretos”
11:00 horas	Conferencia “Aspectos Bioéticos en la Atención a la Salud Mental”
12:00 horas	Conferencia Vulnerabilidad y Violación Sistemática de los Derechos de las Mujeres Indígenas
12:45 horas	Receso
13:00 horas	Simposium “Bioética y Justicia” Bioderecho en la Toma de Decisiones al Final de la Vida Biopolítica y Bioética Aspectos Éticos, Jurídico y Sociales de la Medicina Genómica
14:00 horas	Ceremonia de Clausura y Entrega de Reconocimientos a Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación del Sector Salud del Estado de México, como Experiencia Exitosa

#### Mayores informes:

Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

Av. Independencia Ote. No. 903 Col. Santa Clara, Toluca, Estado de México. Teléfonos: (01 722) 2 14 86 80 y 2 15 52 44

Programa de Bioética, Comisión de Bioética del Estado de México.

Calle Mariano C. Olivera No. 100, esq. Isidro Fabela, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, Toluca, Estado de México. Teléfono: (01 722) 2 14 26 05

Correos electrónicos: [isem.eibioetica@edomex.gob.mx](mailto:isem.eibioetica@edomex.gob.mx) y [comisionbioeticaedomex@gmail.com](mailto:comisionbioeticaedomex@gmail.com)





# Mexiquenses más sanos



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA  
**enGRANDE**



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN  
Y ARBITRAJE MÉDICO  
ESTADO DE MÉXICO

