

BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 7 No. 11 enero - diciembre 2016

El Seguro Popular y la Atención a los Neonatos

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México por la Atención Médica en Hospitales y Centros de Salud del ISEM

Vanessa Elibeth González Valdéz

Aspectos bioéticos en la reconstrucción facial de pacientes con cáncer

Karla Gabriela Ocampo García

Rigoberto Dolores Velázquez

José Luis Barrera Franco

Fernando Garduño Soto



COBIEM
Comisión de Bioética
del Estado de México

ENCUENTRO NACIONAL LA APLICACIÓN DE LA BIOÉTICA EN EL MUNDO CONTEMPORÁNEO



29 DE SEPTIEMBRE DE 2016, DE 8:00 A 15:00 HORAS.
AULA MAGNA "LIC. GUSTAVO A. BARRERA GRAF" DE LA ESCUELA JUDICIAL DEL ESTADO DE MÉXICO.
JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ, NORTE NO. 306, COL. SANTA CLARA, CP 50060, TOLUCA.

PROGRAMA GENERAL

| | |
|-------------|---|
| 08:30-09:00 | Registro |
| 09:00-10:00 | Conferencia La práctica de la bioética en el mundo contemporáneo Mtro. Giovanni Algarra Garzón |
| 10:00-11:00 | Conferencia Perspectiva actual en derechos humanos de la cuarta y quinta generación M. en D. Baruch Delgado Carbajal |
| 11:00-11:20 | Ceremonia de Inauguración |
| 11:20-11:30 | Presentación Artística |
| 11:30-12:20 | Conferencia Magistral La relación médico-paciente en la nueva forma de ejercer la medicina Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg |
| 12:20-12:40 | Receso |
| 12:40-13:30 | Conferencia La dignidad como derecho humano Dr. Francisco Alberto Ibarra Palafox. |
| 13:30-14:30 | Simposio La bioética en el mundo contemporáneo La bioética ante la Voluntad Anticipada Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz La No Violencia y su conexión con la bioética desde una perspectiva de la educación ambiental Dra. Hilda Vargas Cancino El papel de la bioética en la conducta suicida en nuestros tiempos Dr. Ángel Alonso Salas |

CE-217/A-040/16

Mayores informes:
Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.
Av. Independencia ote. núm. 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 núm. 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 y comisionbioeticaedomex@gmail.com.

Mexiquenses
más sanos

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 VII, núm. 11, Enero - diciembre 2016. 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, teléfonos: (01 722) 2-14-26-05, www.salud.edomex.gob.mx; isem.eibioetica@edomex.gob.mx; 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 12 de diciembre de 2016, 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: 217/05/03/16-01.

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
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 Borromeo
Alfredo Vigueras Rendón
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

| | |
|--|----|
| Presentación | 3 |
| Editorial | 4 |
| Diálogo bioético | |
| La hospitalización y la calidad en salud | 6 |
| Yves Pineda Reveles | |
| Aspectos bioéticos en la reconstrucción facial de pacientes con cáncer | 14 |
| Karla Gabriela Ocampo García | |
| Rigoberto Dolores Velázquez | |
| José Luis Barrera Franco | |
| Fernando Garduño Soto | |
| El desarrollo de la moral y la enfermedad mental | 19 |
| Elizabeth Jenny Hernández Ramírez | |
| De la ciencia a la conciencia | |
| Depresión en adultos mayores de comunidades del DIF, Almoloya de Juárez, Estado de México 2015 | 27 |
| María Isabel Ruiz Correa | |
| Colaboradora: Livia Quiroz Benhumea | |
| La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinaria | 33 |
| Octavio Márquez Mendoza | |
| Miguel Héctor Fernández Carrión | |
| Marcela Veytia López | |
| Rosalinda Guadarrama Guadarrama | |
| Miriam Flores Medina | |
| El desafío de no hacer daño | 46 |
| Eduardo Muciño Velásquez | |
| Biopoder, bioderecho y bioética | 49 |
| Claudia Eugenia Sánchez Hernández | |
| Perspectivas médicas y reporte de casos | |
| El Seguro Popular y la Atención a los Neonatos | 57 |
| Gabriel J. O´Shea Cuevas | |
| Quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México por la Atención Médica en Hospitales y Centros de Salud del ISEM | 61 |
| Vanessa Elibeth González Valdéz | |
| Colaborador: Armando González Tenorio | |
| Fuente informativa en bioética | |
| Métodos de Análisis para la toma de decisiones | 70 |
| Ana María Millán Velázquez | |
| Espacio libre y cartas al editor | |
| Ningún ser humano tiene derecho a morir solo | 75 |
| Adriana Anzaldo Gallegos | |
| Lecturas recomendadas | |
| Conceptos de bioética y responsabilidad médica | 78 |
| Encuentro Nacional de Bioética “La aplicación de la Bioética en el mundo contemporáneo” | 79 |
| Marisabel Rivera Jiménez | |
| 3ra Reunión Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación | 84 |
| Eréndira Natalia Calderón Guzmán | |
| Normas para la presentación de colaboraciones | 88 |

Presentación

Dime y lo olvido,
Enséñame y lo recuerdo,
Involúcrame y lo aprendo.

Benjamín Franklin

La preparación y elaboración de esta publicación, no hubiera sido posible sin la colaboración y ayuda de las personas e instituciones que dedicaron parte de su valioso tiempo para la obtención del material que dio origen a temas de gran interés para el personal de salud y público en general.

La labor de la atención para la salud, es el resultado trascendente de la coexistencia del hombre con sus semejantes, entendiendo esta relación como un fenómeno indivisible para lograr cada día más la aproximación al derecho humano de ser seres saludables y libres. De este modo, es que podemos enlazar la bioética en el campo de la salud, ya que trata de principios básicos como la autonomía, en tanto libertad de elegir lo que desea para sí y para los demás, y el de beneficencia, en tanto propiciar la salud como un bien inherente a la persona.

Por lo que los documentos que esta revista contiene retoman los esfuerzos de antecesores en el campo de la salud y de la bioética, que nos legaron una filosofía de comportamiento, una serie de acontecimientos históricos y la experiencia práctica para el amalgamamiento de las ciencias, la tecnología y las humanidades en la medicina y en las relaciones humanas, que pretenden encausarlas hacia una sociedad más justa.

De este modo es que los que trabajamos en fomentar una cultura bioética en el Estado, tenemos el compromiso permanente de estricta solidaridad, de apego al fortalecimiento de la relación médico-paciente, dentro de un contexto de realidad estructural en la responsabilidad compartida para alcanzar los objetivos planteados en materia de derechos humanos, humanismo, de no violencia, de cultura de paz y de manejo pacífico de conflictos en la atención clínica, buscando siempre el bien común.

Con base a lo anterior es que se está marcando un nuevo periodo de coexistencia, al delinear como hilo conductor a la bioética en la atención a la salud, la justicia social y al cuidado y preservación del ecosistema. ☪

Secretario de Salud del Estado de México

Es necesario y conveniente antes de presentar el contenido temático de la presente publicación, el recordar los objetivos esenciales de las políticas de la salud pública, mismas que se basan en la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, curar a los enfermos, rehabilitar a los incapacitados y asistir a los desvalidos. Estos objetivos no se logran sin la colaboración de todos: gobierno y sociedad, convencidos de que es una tarea común para contribuir a la salud de todos, aprovechando al máximo los pocos recursos que tenemos ante la gran demanda de atención, por lo que es necesario fomentar la responsabilidad del auto cuidado, promover la educación para preservar y conservar la salud de la persona, la familia y la sociedad. Estos temas tocan las fronteras de la bioética, en su campo interdisciplinario, que aborda tales consideraciones desde un marco de la responsabilidad, los valores y los dilemas que se generan a partir de la atención médica, la investigación en salud y la licitud del uso de la ciencia y la tecnología.

En este número se tratan temas como: “La hospitalización y la calidad en salud”, en el que se menciona el uso de las tecnologías de información y comunicación; asimismo el tema “Aspectos bioéticos en la reconstrucción facial de pacientes con cáncer” que busca un enfoque bioético de apoyo al paciente oncológico; otro breve documento es “El desarrollo de la moral y la enfermedad mental” que recomienda mantener abierta la discusión sobre la moral y los factores que determinan la protocolización de una conducta a través del análisis de un caso; otro tema es “Depresión en adultos mayores de comunidades del DIF, Almoloya de Juárez, Estado de México 2015” en el que se considera implementar programas preventivos para evitar consecuencias como el suicidio; asimismo “La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinaria” en el que se busca centrar el análisis sobre la problemática que existe en el desarrollo de la enseñanza actual de la bioética para los profesionales de la salud; también está el tema “El desafío de no hacer daño” en el que se habla de tratamientos como la sífilis que eran nulamente efectivos; y el tema “Biopoder, bioderecho y bioética” que realiza un análisis de estos conceptos. En el apartado de Perspectivas médicas y reporte de casos se tratan temas como: “El Seguro Popular y la Atención a los Neonatos” que habla de los principales padecimientos financiados en el 2015; asimismo el tema “Quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México por la Atención Médica en Hospitales y Centros de Salud del ISEM” con los principales motivos de queja que deben impulsar el fortalecimiento de acciones dirigidas al personal de salud, entre otros temas. ☞

Diálogo Bioético



La hospitalización y la calidad en salud

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Yves Pineda Reveles

Representante de Medios del Sistema
de Comunicación en Salud

Resumen: La hospitalización representa una situación estresante que impacta en la recuperación del paciente y en la tranquilidad de los familiares. El identificar los factores que detonan este estrés sirve para que los hospitales implementen estrategias que mejoren la estancia hospitalaria y la calidad en salud; para ello, el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) son una herramienta auxiliar en esta labor que tienen las instituciones médicas.

Palabras clave: hospitalización, estrés, ansiedad, aislamiento, paciente, familiar, calidad en salud, tecnología, Sicoms, comunicación, entretenimiento.

En todo ser humano la hospitalización se presenta como una situación desfavorable; el paciente ingresado no puede realizar sus actividades diarias ni convivir con sus familiares y amigos, por lo que aunado a la preocupación por su salud, se le crea una sensación de aislamiento que afecta su estado anímico.

Sabemos que la enfermedad en sí misma se convierte en un estresor por ciertos factores que suceden durante la hospitalización: el dolor, la incertidumbre, la incomodidad ante ciertos procedimientos médicos, etc. (Enamorado et al: 2005).

Ahora bien, de acuerdo a Rodríguez y Zurriaga (1997), el estrés que se genera en el paciente por la hospitalización está determinado por dos categorías: la psicológica y la física. En la parte psicológica los factores estresores se derivan de la inconformidad entre dos o más elementos cognitivos y las conductas de reacción emocional negativas o de desamparo que el paciente desarrolla por su condición de internamiento.

En el nivel físico los factores estresores corresponden a elementos externos del hospital: los olores, el ruido, los aspectos arquitectónicos, entre otros; por tanto, el entorno hospitalario condiciona la aprehensión y la ansiedad que se producen en el paciente al momento de su ingreso.

Sin embargo, este estudio establece que la hospitalización por sí sola no es factor potencial del estrés, pues sólo ejerce una influencia indirecta en el individuo por el conjunto de creencias heredadas que tiene la sociedad de los hospitales, como considerarlos el lugar a donde se va a morir (Rodríguez y Zurriaga: 1997).

Incluso, la hospitalización es percibida como una situación de aislamiento, debido a que evita que el paciente utilice sus recursos de afrontamiento, como el refugio en la familia y en toda red de apoyo que contribuya a su



bienestar, pues los accesos a los hospitales son mínimos y regulados a unas cuantas horas al día.

Al respecto, un estudio de Hernández et al (2007) señala que la hospitalización también provoca ansiedad en el paciente, pues percibe la situación amenazante por el hecho de estar alejado de sus familiares.

Para Moix (1998), la ansiedad produce un impacto negativo en la recuperación del paciente, pues investigaciones realizadas señalan que cuando los niveles de ansiedad son mayores, la convalecencia tiende a ser más difícil y lenta. ♀

También se ha demostrado que existe una relación entre la disminución de la ansiedad y la reducción de la estancia hospitalaria, lo cual representa un beneficio económico para los hospitales, pues de controlar los niveles de ansiedad en los pacientes amortiguarían el elevado costo que significa un sólo día de hospitalización.



El familiar y la hospitalización

El familiar también se ve afectado por la hospitalización de su ser querido, le preocupa su bienestar y muestra empatía por los sentimientos que se le generan; desea que se recupere pronto para que vuelva al entorno familiar.

El estudio de Márquez (2012) sirvió para identificar los requerimientos de los familiares tras la experiencia de hospitalización de su paciente, entre los cuales destacaron la necesidad de información y el apoyo económico.

Por un lado, el familiar desea que se le proporcione información más detallada que le permita manejar el temor y la intranquilidad que genera la situación.

La parte de los requerimientos económicos “se dan por los gastos extras que le implican

al familiar la hospitalización del ser querido, tales como el transporte, la alimentación, las comunicaciones y los utensilios de aseo para la higiene del paciente” (Márquez: 2012).

Ahora bien, de acuerdo a las observaciones de Enamorado et al (2005), el identificar los factores estresores en los pacientes sirve para que los hospitales reconozcan aquellos que pueden ser modificados, y con ello contribuir a reducir los niveles de estrés y ansiedad.

Como indica De Moraes y Paganini (1994), corresponde a cada institución hospitalaria responder a su misión esencial: garantizar la calidad de los servicios; para ello, debe buscar integrar las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asistenciales y si fuere el caso, también, las áreas docentes y de investigación.

Calidad en salud

En apego a los indicadores para la acreditación de hospitales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) implementó la plataforma Sicoms en distintas unidades médicas, con el objetivo de promover, a través del uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC), la calidad en salud.

Esta plataforma permite acceder a los pacientes hospitalizados a diferentes aplicaciones de comunicación y entretenimiento, como llamadas, mensajes de texto (SMS, por sus siglas en inglés), películas, videos educativos, música, juegos, libros y un buzón de quejas y sugerencias, desde una tableta instalada a pie de cama.

Las unidades médicas del ISEM donde actualmente opera Sicoms son: Hospital General “Dr. Nicolás San Juan”, Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini” y el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, en Toluca; Hospital General “La Perla” y Hospital General “Dr. Gustavo Baz Prada” en Nezahual-

cóyotl; Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”; Hospital General de Naucalpan “Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda”; Hospital General de Texcoco “Guadalupe Victoria”; Hospital General de Axapusco; Hospital Municipal de Villa del Carbón; y el Hospital General de Ecatepec “Las Américas”.

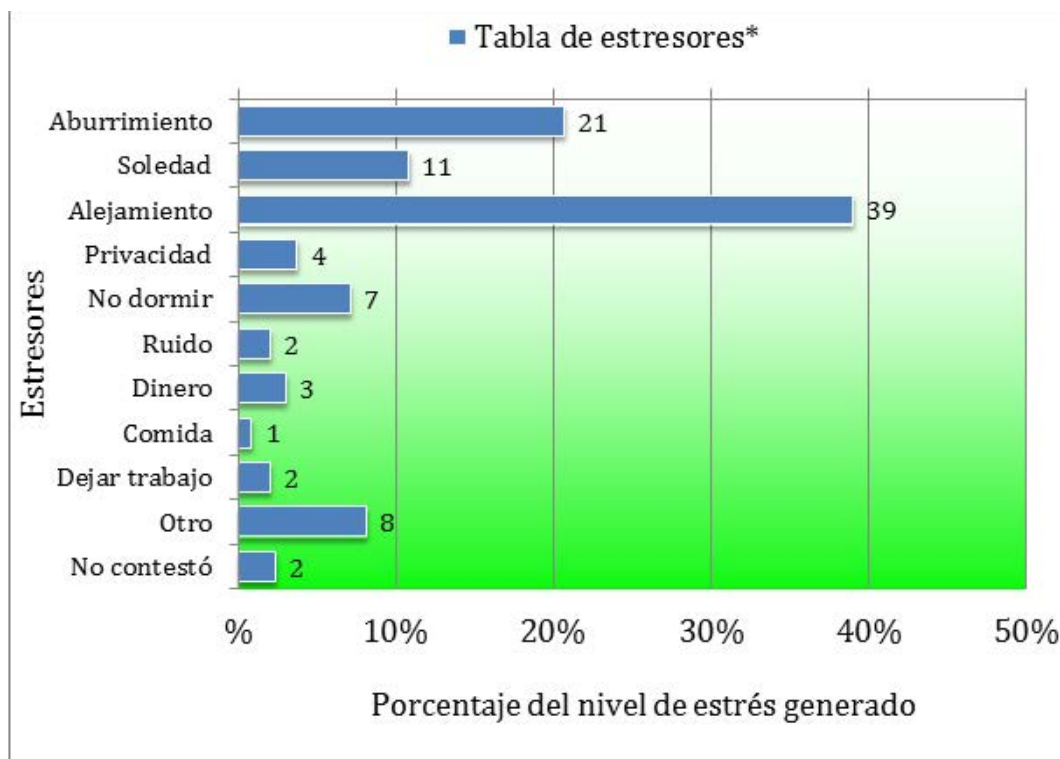
Con el objetivo de medir el impacto de la hospitalización en los pacientes, y la calidad del servicio de Sicoms, se realizó una encuesta entre julio y septiembre de 2015 en dichas unidades de salud, exceptuando al hospital de Ecatepec, debido a que la implementación de la plataforma se hizo después de este estudio.

Dicha encuesta se aplicó a 589 pacientes hospitalizados, de los cuales el 66.72% refirieron tener acceso a Sicoms, mientras que el 31.74% aseguraron no tener contacto con dicha herramienta; el resto (1.52%) se abstuvieron de responder.

A todos se les preguntó si el estar en el hospital les generaba estrés y ansiedad: el 77.75% lo afirmaron, el 20.2% negaron sentir esas emociones y el 2.03% no respondieron. En esta encuesta el 74.19% de los pacientes consideraron que el estrés y la ansiedad generados por estar hospitalizados afectaron su proceso de recuperación, mientras que el 23.42% opinaron que no influyeron en nada en su estado de salud; el resto (2.37%), no contestaron.

De esta manera tenemos que la mayoría de los pacientes (77.75%) consideraron la hospitalización como un detonante de estrés y ansiedad, cifra similar a los que coincidieron en que estos factores afectaron su proceso de recuperación (74.19%).

A los pacientes encuestados también se les plantearon algunos factores derivados de la hospitalización, detonantes del estrés y la ansiedad, independientemente de estar enfermos y sentir dolor; en la siguiente tabla se muestran los porcentajes obtenidos.

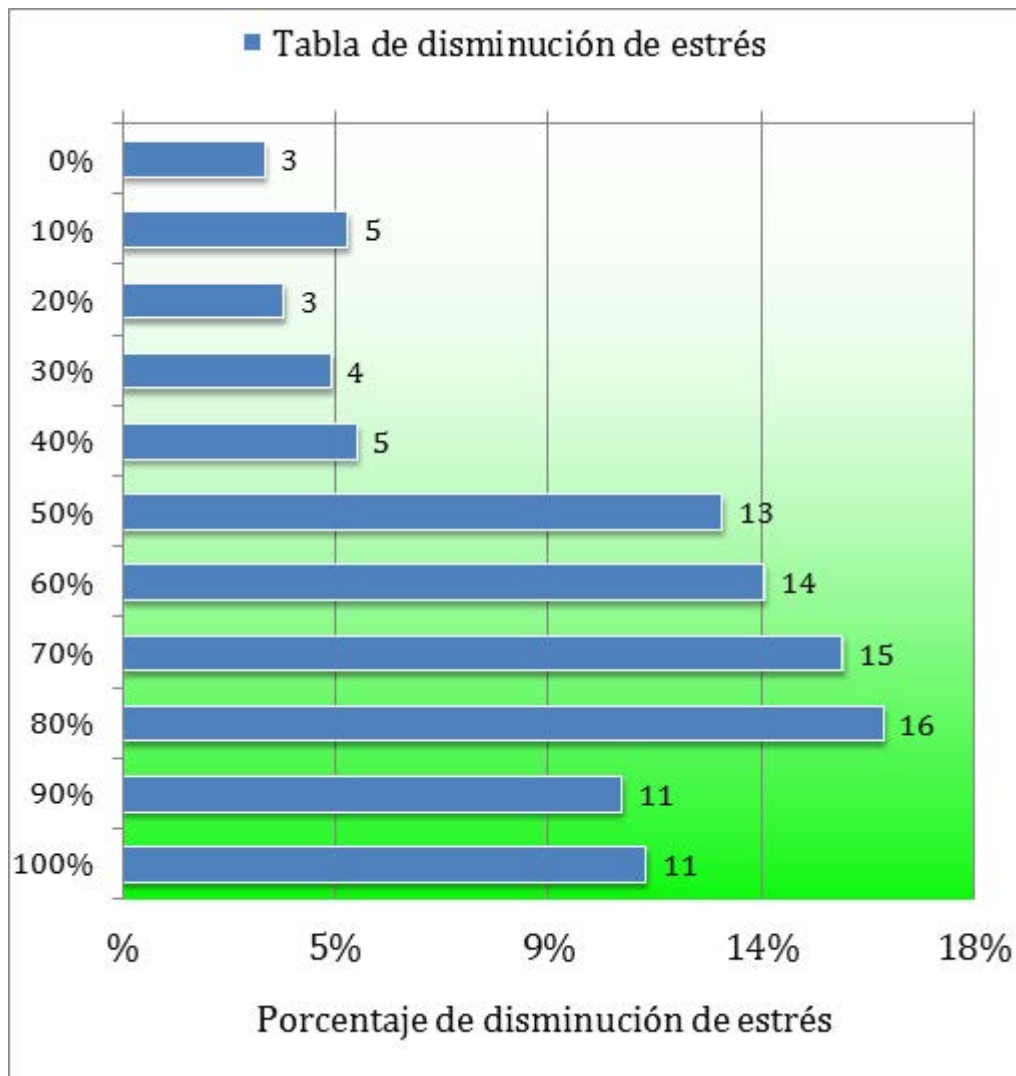


A partir de estos resultados se obtuvieron las categorías más estresantes de la hospitalización: Alejamiento de la familia, con un 39.04%; Aburrimiento, con un 20.71%; y Soledad, con un 10.86%.

Ahora bien, el ítem de Alejamiento de la familia trae como consecuencia la Soledad, que en conjunto suman un 49.9% de frecuencia referida por los pacientes, de tal manera que es uno de los grandes retos a combatir para los hospitales; el otro sería el aburrimiento (20.71%) al que se enfrentan los pacientes durante la hospitalización.

Al ser Sicoms un servicio de comunicación y entretenimiento, se infiere que es una herramienta auxiliar en la disminución de los factores que producen estrés en el paciente, lo cual tendrá un impacto en su salud y recuperación.

Al respecto, dentro de esta encuesta se cuestionó a los pacientes sobre ¿qué tanto ha disminuido su estrés con el uso de la tableta?, donde los pacientes que sí tuvieron acceso a Sicoms (66.72%) reportaron los siguientes resultados:





El total de los entrevistados, el 79.11% aseguraron que si tuvieran comunicación ilimitada con su familia, y contaron con entretenimiento, se sentirían menos estresados durante la hospitalización; mientras que el 17.99% señaló que no les servirían de nada; el 2.88% no respondió.

Esta percepción que tienen los pacientes sobre las variantes de comunicación y entretenimiento que ofrece Sicoms es significativa para el estudio del impacto que tiene esta herramienta en la disminución del estrés y la ansiedad, pues la mayoría de los entrevistados (79.11%) consideraron que sentirían menos estrés si pudieran comunicarse ilimitadamente con su familia y entretenerse con películas, videos educativos, música, juegos o libros.

Incluso, el servicio de llamadas de la tableta es una solución para los estresores que identificaron Enamorado et al en su estudio (2005): “Le entristece estar separado de su pareja, hijos, familiares ...” y “Le desagrada el difícil acceso de sus familiares al hospital”, ya que a través de esta aplicación los pacientes se sentirían más cerca de sus seres queridos, y el acceso de estos no significaría una complicación al estar comunicados de manera externa.

La mejoría de la salud también fue percibida por el propio paciente, pues de los 393 pacientes con acceso a la tableta de Sicoms el 79.15% refirió una disminución de entre el 50 y 100% del estrés por hospitalización con el uso de la tableta (ver tabla de disminución de estrés).



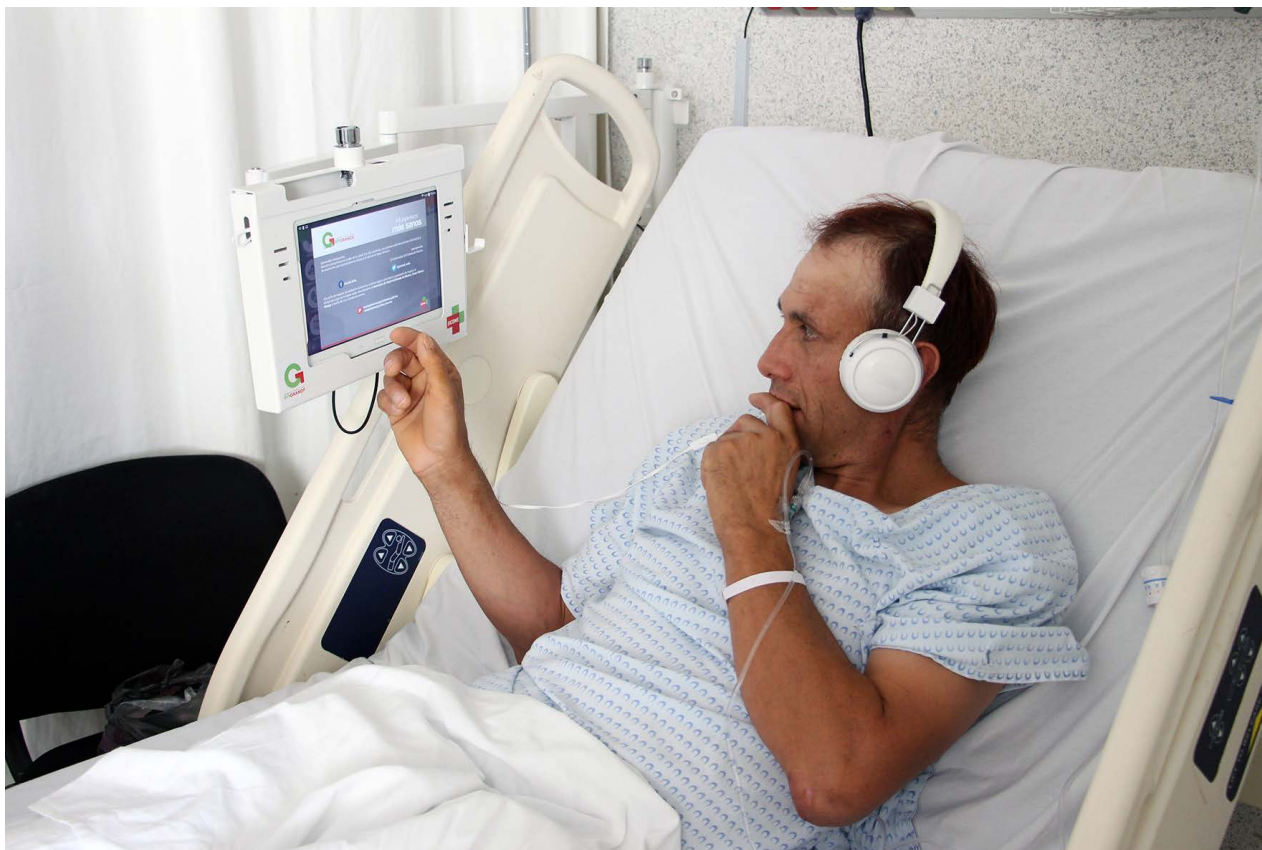
Si bien las llamadas de Sicoms no sustituyen la presencia física de familiares, sí sirven como medio de contacto y monitoreo de la salud de los pacientes, por lo que la economía familiar se verá favorecida al eliminar la necesidad de desplazamiento al hospital.

Como resultado, tenemos que la aplicación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) son auxiliares en la mejora de los servicios médicos, pues a través de ellas se brinda a los pacientes calidad en salud durante su estancia hospitalaria, y la plataforma de Sicoms es una muestra de ello. ☺

Además, la pronta recuperación del paciente tendría un impacto económico en el entorno familiar debido a la relación que existe entre la disminución del estrés y la ansiedad con la estancia hospitalaria, como lo demostró el estudio de Moix (1998), al establecer que cuando el paciente aligeraba la carga de estrés y ansiedad su recuperación era más pronta, por lo que los días de internamiento disminuían junto con los gastos que representaban.

Aunado a esto, la comunicación brindada por Sicoms atiende las preocupaciones económicas del familiar que identificó Marquez (2012): gastos extras como transporte, alimentación y comunicación, ya que se reducen al tener contacto con pacientes desde cualquier lugar, lo que evita el traslado a centros hospitalarios y la realización de gastos no contemplados.





Referencias bibliográficas

-De Moraes Novaes, Humberto, y José María Paganini. (1994). Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe (Libro en línea). Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>> (Consulta: 1 de marzo, 2016).

-Enamorado Enamorado, Judy, et al. (2005). "Identificación de Estresores Influyentes en pacientes del Hospital Escuela, periodo de Abril-Mayo 2004". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Artículo en línea). Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Honduras. <<http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-1-2005-9.pdf>> (Consulta: 1 de marzo, 2016).

-Hernández Mendoza, Elena, et al. (2007). "Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras". Revista de Enfermería (Artículo en línea). Vol. 15, Núm. 3, pp. 161-166, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad de México. <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim073h.pdf>> (Consulta: 1 de marzo, 2016).

-Márquez Herrera, Marisela. (2012). La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (Artículo en línea). Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <<http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>> (Consulta: 17 de febrero, 2016).

-Moix Queraltó, Jenny. (1998). Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos (Artículo en línea). Universidad Autónoma de Barcelona, España. <<http://www.pagines.uab.cat/jennymoix/sites/pagines.uab.cat/jennymoix/files/09.-cirugiaadultos98a.rtf+&cd=21&hl=es&ct=clnk&gl=mx>> (Consulta: 17 de febrero, 2016).

-Rodríguez Marín, Jesús, y Rosario Zurriaga Llorens. (1997). Estrés, enfermedad y hospitalización (Libro en línea). Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2012146>> (Consulta: 1 de marzo, 2016).

Aspectos bioéticos en la reconstrucción facial de pacientes con cáncer

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Karla Gabriela Ocampo García

Odontólogo Especialista Adscrito al Centro
Oncológico Estatal ISSEMYM

Rigoberto Dolores Velázquez

Coordinador de Cirugía del Centro
Oncológico Estatal ISSEMYM

José Luis Barrera Franco

Director del Centro Oncológico Estatal Issemym

Fernando Garduño Soto

Servicio Social Centro Oncológico Estatal ISSEMYM

Resumen: El 65% del Cáncer de cabeza y cuello se diagnóstica en etapas avanzadas por lo que como parte del tratamiento requieren cirugías mutilantes, con un pronóstico de supervivencia funcional muy pobre, por lo cual los principios bioéticos fundamentales se ven ejecutados en la regulación del tratamiento, conteniendo el esbozo moral que supone la declaración del valor y la dignidad de la persona, entendiendo las reacciones fisiológicas y psíquicas negativas ante la enfermedad de acuerdo a la percepción y estabilidad mental de cada paciente, debido a la afectación en la funcionalidad facial y la apariencia física. Los defectos faciales requieren un manejo holístico multidisciplinario, con un enfoque bioético de apoyo al paciente oncológico.

Palabras clave: bioética, reconstrucción facial, cáncer, apariencia física.

El Cáncer de cabeza y cuello representa el 17.6% de la totalidad de las neoplasias malignas. Si bien 72% son carcinomas cutáneos y tiroideos asociados a una baja letalidad, hasta el 12% son carcinomas de células escamosas de las vías aerodigestivas superiores, que en 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas asociándose a un pronóstico de supervivencia funcional muy pobre. El siguiente grupo está constituido por las neoplasias malignas de las vías aero-digestivas superiores, que representan el 12% de las lesiones malignas en cabeza y cuello, con 2269 casos. Los sitios específicos se distribuyen de la siguiente forma: Cáncer laríngeo, 42%; cáncer bucal, 37%; cáncer de fosas nasales y senos paranasales, 9%; cáncer de la bucofaringe, 6%; cáncer de la nasofaringe, 3%; y el cáncer de hipofaringe también con un 3%. Otras neoplasias menos frecuentes son los tumores cerebrales con 7.5%, los melanomas con 5%, los carcinomas de las glándulas salivales con 1.8% y los tumores malignos del ojo y sus anexos con 1.7%.

La bioética es la rama de la ética con la cual se pretende proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico; es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían las decisiones y los comportamientos del personal de la salud.

En la medida en que se incrementa el conocimiento científico, este se va impregnando más de contenido ético y humanista, por lo que el científico tiene que implicarse en juicios morales, que van desde la selección del sujeto en investigación o tratamiento, o ambos, hasta la ejecución y generalización de los resultados que emanan de su trabajo, de modo que es necesario emplear la ética, y mejor aún, la bioética.

El criterio ético fundamental que regula esta ciencia es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona. La bioética consta de cuatro principios, los cuales

pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y la dignidad de la persona, a saber:

-Principio de no maleficencia: significa no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

-Principio de beneficencia: se trata de la obligación de hacer el bien. Actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos. No es lícito imponer a otro la propia idea del bien.

-Principio de autonomía o de libertad de decisión: se puede definir como la obligación de respetar los valores y las opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

-Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, puesto que se pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, la libertad y los demás derechos básicos de las otras personas.

La notificación de malas noticias es una tarea frecuente en nuestro quehacer habitual como médicos, y con frecuencia una fuente de ansiedad y angustia para los profesionales sanitarios. El conocimiento del proceso de duelo, y de algunas habilidades de comunicación pueden ser útiles a la hora de mejorar nuestra técnica comunicativa con los pacientes y sus familiares y de mejorar la relación médico-paciente en pacientes diagnosticados de enfermedades que ensombrecen su pronóstico vital o sus expectativas de futuro.

Es difícil dar una definición dogmática de mala noticia, pues tan importante es la noticia en sí como los factores personales que la rodean y que son diferentes para cada persona. Podríamos definirlas como aquellas que alteran las expectativas de futuro de quien las recibe. Por tanto, es la persona que recibe la noticia quien le adjudica el calificativo de mala y el grado de maldad dependerá de la distancia que separa las expectativas de futuro y la realidad de la situación.



La mala noticia por antonomasia es la muerte de un ser querido, pero hay otras muchas circunstancias que convierten una noticia, para nosotros banal, en mala. Las enfermedades crónicas a veces chocan con hábitos interiorizados que deben ser modificados (por ejemplo la diabetes obliga a cambiar estilos nutricionales adquiridos en la infancia) o tiene repercusiones en la vida de relación o laboral. Las enfermedades degenerativas tienen importantes repercusiones en la calidad de vida del paciente y su entorno.

Los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante el cáncer, tales como ansiedad, depresión, ira e incluso asco "patológico". Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Por ejemplo, si para el afectado el diagnóstico significa amenaza para la propia vida, reaccionará con ansiedad; si representa pérdida de control sobre sí, experimentará depresión; y si lo percibe como una agresión y una injusticia, reaccionará con rabia. Además, los tratamientos farmacológicos citostáticos producen náuseas y vómitos no solo por afectación neurológica, sino también horas antes del tratamiento o ante situaciones, objetos o lugares que les recuerdan la situación, todo lo cual tiene bastante que ver con las sensaciones de asco.

En pacientes oncológicos, la psicología utiliza el concepto emoción para describir y explicar los efectos producidos por un proceso multidimensional encargado de:

- Análisis de situaciones significativas
- Interpretación subjetiva de las mismas
- La expresión emocional o la comunicación de todo el proceso
- La preparación para la acción o movilización de comportamiento
- Los cambios en la actividad fisiológica

Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida.

Los enfermos de cáncer son personas que día a día tienen una batalla emocional que va afectando su estabilidad mental, y más si el tipo de cáncer afecta tejidos de la cara; cuando a un paciente se le expone con claridad su situación y la realidad que va a enfrentar con el tipo de tratamiento, su capacidad de supervivencia se ve afectada por las complicaciones emocionales que presentará.

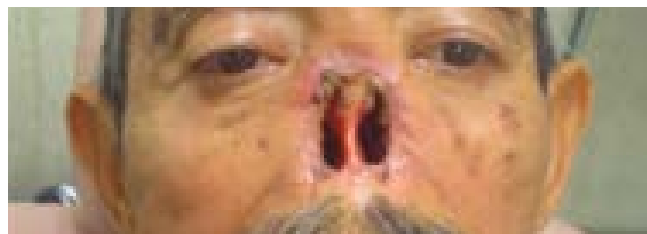
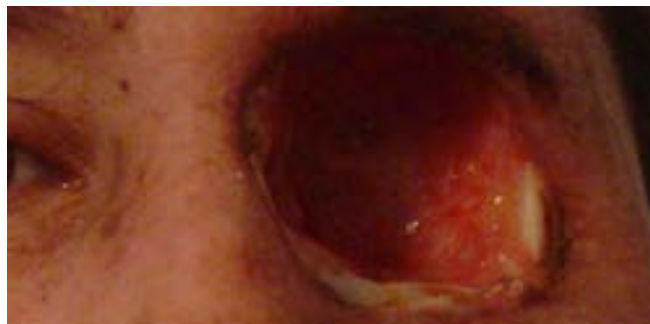
La apariencia física juega un papel importante

en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral.

Cuando al paciente se le informa de que el tratamiento indicado para su enfermedad consiste en la exenteración de algún órgano tal como el globo ocular, piel de la cara, lengua, huesos de la cara, etc, entra en un dilema que es el de operarse o no, pero eso conlleva a la supervivencia del ser, así que cuando se lleva a cabo el procedimiento quirúrgico, tenemos que entrar con tratamiento psicológico permanente.

¿Qué le podemos ofrecer a un paciente con exenteración facial?, podemos ofrecerle los tratamientos adecuados para poder proteger sus fines psicológicos, funcionales, estéticos, y mejorar su calidad de vida para así reintegrarlos a la sociedad.

Los defectos creados en la cara, principalmente tras cirugía resectiva de tumores malignos, deben ser corregidos con el fin de recuperar el consecuente déficit en el habla, la deglución, la masticación y la estética. Para ellos se cuenta con dos amplias posibilidades, reconstrucción quirúrgica (injertos) o colocación de prótesis faciales.



Las opciones de tratamiento varían según el caso, pacientes que pueden contar con alguna prótesis facial y en otros casos se hablaría de injertos.

Prótesis buco-maxilo-facial es la especialidad que se encarga de la reconstrucción facial del paciente oncológico mediante prótesis que pueden ser oculares, orbitales, nasales, auriculares, craneales, defectos maxilares y mandibulares.



La reconstrucción facial, aunada al manejo multidisciplinario en el paciente oncológico, le permite conservar identidad, mejorando su calidad de vida al permitirles reintegrarse a la sociedad, por lo que es imperativo al profesional de la salud realizar un manejo integral del paciente de forma holística, con la finalidad óptima de brindarle calidad y calidez en la atención.☪



Referencias bibliográficas

-Ayarra, M, Lizarraga, S. (2001) *Malas noticias y apoyo emocional*. Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol 24 Supl 2, www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7.html.

-Camarero Mulas, C.; Ramírez Piqueras, M.; Román Avezuela, N.; Del Valle Martín, M. *Comunicación de malas noticias: personalizada vs masificada*. en: www.uam.es/departamentos/medicina/psiquiatria/comunicologia/malasnoticias.ppt.

-Nucci P. (1997) *Reconstrucción*, Prothesiche di Gravi Mutilación Del Viso. Minerva Chirurgica.

-Jankielewicz I y col. *Prótesis Bucomaxilofacial*. Ed. Quintessence. Barcelona. 2003.

-Ramón Donado J, Paz-Ares L. (2007) *Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento. Cáncer de pulmón*. Madrid: Fundación Médica Mutua Madrileña.

-Reich WT. (1995) *Encyclopedia of Bioethics*. 2 ed. Nueva York: Macmillan.

El desarrollo de la moral y la enfermedad mental

Fecha de recepción: marzo 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Elizabeth Jenny Hernández Ramírez

Docente de la Universidad Panamericana y del Instituto de Capacitación Penitenciaria de la Ciudad de México.

Resumen: ¿Cuál es el paso de lo inmoral a lo patológico? A lo largo de la historia de la locura, de cómo se ha construido la noción que se tiene hasta el momento sobre la enfermedad mental, se encuentra en el fondo una discusión no resuelta sobre las conductas inmorales o que se desvían del orden social, muchas de ellas se han categorizado en una taxonomía psiquiátrica. De esta manera, ese tipo de conductas ahora no son señaladas como malignas ni tampoco son castigadas, sino se consideran como conductas que pueden ser rehabilitadas; considerando esto como producto de la evolución médica o no, es un asunto que no solo concierne a un grupo de expertos certificados, que en largas reuniones determinan si una tendencia conductual cumple con evidencias suficientes para ser categorizada como una enfermedad o no; sino también se ha convertido en un asunto de políticas públicas, de aceptación o rechazo social, de reconocimiento o desaprobación de las categorías por los propios expertos etc. Por ello la intención de este trabajo es mantener abierta la discusión sobre la moral y los factores que determinan la patologización de una conducta a través del análisis de un caso.

Palabras clave: Moral, enfermedad mental, depresión, trastorno narcisista maligno de la personalidad, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V.

En este ensayo trataré de explicar la relación que existe entre los diagnósticos sobre enfermedades mentales y la moral. Este es un tema que difícilmente se aborda de esta manera, pero que puede llevar a diferentes controversias.

Por una parte existe la postura en la que, al pensar en “enfermedad mental” per se, se piensa en individuos que no son responsables de sus actos y que debido a su padecimiento, pueden llegar a actuar de manera “inmoral” ante la mirada de quienes juzgan su comportamiento. En esta línea de pensamiento encontramos a teóricos evolucionistas de la moral como: Durkheim, Kohlberg, Piaget, etc. que muestran a través de estudios e investigaciones que la moral se despliega en diferentes etapas que acompañan al desarrollo cognitivo.

Kohlberg (1984) discípulo de J. Piaget planteó tres etapas de la moral ampliando las propuestas de su maestro, esas etapas son: preconvencional, convencional y postconvencional; cada una con diferentes estadios; en los que el niño va asimilando las reglas sociales, morales y logra al final del desarrollo moral establecer una relación adecuada con la autoridad. Esta evolución de la moral le permite adaptarse a su medio y lograr el desarrollo de una capacidad crítica, que le permita buscar las causas justas de acuerdo al análisis de las propias normas.

Así como Kohlberg cada uno de los teóricos mencionados, desarrollaron (con paradigmas parecidos) la idea de que la moral se desarrolla conforme el crecimiento cognitivo y social de una persona. De esta manera, si en el proceso de desarrollo el niño no es estimulado cognitivamente y su ámbito familiar y social no lo dota de lo suficiente para su crecimiento, el niño crecerá con afectaciones no solo psicológicas, sino también morales.

Sin embargo otros teóricos como Habermas, dan prioridad a la capacidad de tomar decisiones morales a través del juicio y la

razón. Y finalmente los emocionalistas como J. Haidt, J. Green, Hauser, etc. sostienen la idea de que los actos morales se dan de manera innata provocados por emociones inconscientes que no dan pie a la razón sino hasta después de haber cometido una acción o de haber tomado una decisión con implicaciones morales.

Emocionalistas, racionalistas, evolucionistas, tradicionales o contemporáneos todos a su manera, han tratado de entender las motivaciones que llevan a un individuo a actuar de manera moral o inmoral.



Lo que me interesa en este momento y para efectos de este trabajo, es explicar de acuerdo a los teóricos evolucionistas, el comportamiento inmoral y de daño de un individuo y poner en debate la cuestión sobre si son suficientes las explicaciones del desarrollo para justificar los actos cometidos. Para ello me valdré del caso de un piloto, que hasta hace no mucho causó una gran polémica en los medios de comunicación: Andreas Lubitz.

Antes del 24 de marzo, Lubitz era simplemente un joven de 27 años, con aparente vitalidad, una buena posición socioeconómica, con una pareja estable con quien tenía planes de formar una familia y adquirir algunos bienes. En 2013, se hace miembro de la aerolínea

Germanwings, en donde trabaja como piloto, sin embargo, conserva el deseo de algún día ser comandante de la aerolínea Lufthansa.

Hasta este momento podemos pensar en una persona completamente “normal”, con la vida resuelta. No es hasta, el 24 de marzo de este año, que se dio a conocer al mundo como el actor que decidiera terminar con su vida de una manera poco convencional, llevando con él a 150 personas. Siendo copiloto del vuelo 9525 de Germanwings que volaba de Barcelona hacia Düsseldorf provocó que se estrellaran en los Alpes franceses; ocurrida esta catástrofe, todos los medios se preguntan por las motivaciones que tendría un hombre como Lubitz para realizar tan cruel evento.

Encontramos entonces en diarios como Le Monde, Deutsche Welle, el País y otras notas independientes, a especialistas realizando hipótesis desde sus disciplinas acerca de su comportamiento. Esas hipótesis giraban alrededor de diversas enfermedades mentales que iban desde trastornos afectivos como la depresión, hasta cuadros meramente psicóticos. Tres días después de la tragedia el diario Le Monde anunció: entre sus documentos [los de Lubitz] han aparecido recetas y pruebas que componen un amplio historial de depresión debido a una “crisis existencial” y demuestran que estaba en tratamiento hasta el mismo día que estrelló el avión.

A partir de esta nota se comenzaron a lanzar muchas más en las que se discutía sobre su historial médico, sobre un tratamiento probablemente interrumpido, entre otros factores. La mayoría de quienes hablaban sobre el caso de la depresión, estaban de acuerdo en que los síntomas depresivos no serían motivo suficiente para explicar la masacre sucedida. En el diario Le Monde, la psiquiatra Céline Curiol explica: “non, la dépression n'est pas une folie meurtrière”; por su parte Jerónimo Saiz Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares, afirma “es terriblemente

excepcional que esa conducta suicida afecte a otras personas desconocidas... creo que una explicación sería una alteración de las que llamamos psicóticas, que le estuviera haciendo percibir la situación de una manera totalmente errónea, que no le produjera intranquilidad o miedo”.

En contra parte en ¿Qué es lo que hay detrás del rostro? una nota publicada en el Diario El País, la psiquiatra Lola Morón; catedrática de la Universidad Complutense de Madrid, explica tal vez de manera un poco más honesta, que: “nunca sabremos lo que sucedió en la mente de Andreas Lubitz en los minutos que permaneció solo y encerrado en la cabina del avión que posteriormente estrelló... es difícil aceptar que algo no pueda llegar a saberse: que a un paso de lo conocido y lo visible hay una oscuridad en la que por mucho que lo intentemos no podemos vislumbrar nada, a no ser la proyección de nuestras obsesiones y nuestros fantasmas... no intentemos explicar, lo que a veces, simplemente, no tiene explicación”.



No obstante, a pesar de lo que Morón afirmaba, no se dejaron de hacer todas las hipótesis posibles, para tratar de entender la pulsión que motivó a Lubitz a cometer uno de los peores actos de los que hemos sido testigos este año. Las conjeturas más cercanas a la realidad, dieron pauta para trabajar en la mejora de los procesos de evaluación de pilotos y prender alarmas en las diferentes aerolíneas sobre las características de las personas a quienes contratan. Además de cambiar algunas de las medidas de seguridad que permitan evitar que un piloto se quede solo en la cabina.

Ahora la pregunta que me planteo resolver es ¿son suficientes las explicaciones acerca de la enfermedad mental de Andreas Lubitz (cualquiera que esta fuese) para justificar que se haya suicidado y asesinado a las 150 personas que lo acompañaban en el avión?

Esta pregunta en la que la respuesta parece obvia, no fue planteada en ninguno de los análisis que se hicieron sobre la explicación de dicho evento. Solo se realizaban las hipótesis a cerca de enfermedades mentales, más no sobre el ethos del mal.

Esto plantea de manera intrínseca que es mejor pensar en una idea de “individuo bueno por naturaleza” que no tiene cabida al mal, en la que solo por medio de una distorsión en el desarrollo, en el que lleno de carencias afectivas, cognitivas, ambientales, etc. es capaz de cometer un acto inmoral o de daño hacia los otros.

De esta manera, cada día los medios de comunicación arrojaban información que llevaban a vislumbrar, algunas señales para develar el tipo de estructura mental a la que nos enfrentábamos. Dentro de esas notas hubo una en especial que capturó mi atención y que se publicó en el ABC de España, en donde la exnovia de Lubitz decía algo que había escuchado en voz del mismo: “un día voy a hacer algo que cambiará el sistema entero, y entonces todos van a saber mi nombre y

recordarlo”. Pero ¿a qué se refería Lubitz con esta frase? ¿por qué intentamos comprender lo que quería por medio de paradigmas de la enfermedad mental y no desde teorías de la moral? ¿será que se le teme a la idea de la maldad humana?

Si nos quedáramos sólo en la explicación que nos daría la propia enfermedad; en primer lugar, las palabras de Lubitz no parecen de un individuo deprimido, ya que, los síntomas de la depresión, así como se describen en el DSM-V son las siguientes: una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día o casi todos los días, estado triste o deprimido que se expresa casi todos los días, afectaciones físicas como fatiga, problemas de pérdida o aumento de peso, agitación o retraso psicomotor, disminución en la capacidad de pensar y pensamientos de muerte recurrentes que van acompañados por ideas suicidas.



De todos esos síntomas, sólo el último de ellos nos llevaría a pensar en un trastorno del afecto, y cualquier especialista en el área, sabría que eso no es suficiente; debido a que las ideas suicidas y el suicidio propiamente dicho se relaciona también con otro tipo de trastornos mentales. Además el suicidio no es una conducta que se presente por la depresión en sí, sino por el aumento de presión y ansiedad que se vuelven insoportables, propios de la manía.

Retomando la cuestión, probablemente si nuestro interés fuera responder que efectivamente el comportamiento de Lubitz, fue causa de una enfermedad mental, tendríamos que considerarlo como un hombre desesperado por ser visto, por ser reconocido y recordado por los demás. Ávido de llenar un vacío que quizá nunca fue satisfecho.

Esta descripción orienta a los expertos en salud mental, a pensar en un trastorno narcisista de la personalidad. La idea del narcisismo patológico en donde las personas que se ubican en esa categoría “tienen dificultades para tolerar los fracasos, las postergaciones y las dificultades corrientes, son muy susceptibles y su mayor problema radica en regular su autoestima”. Además en palabras de O. Kernberg: “el narcisismo patológico se expresa en un exceso de referencias a sí mismo y de egoísmo. Manifiesta también grandiosidad, que se refleja en tendencias exhibicionistas, un sentido de superioridad, imprudencia y ambiciones que son desmesuradas en vista de lo que en realidad pueden lograr” (Kernberg, 2005).

Con esto podríamos inferir que desde esta postura, los teóricos evolucionistas lograrían quizá quedar satisfechos sobre la explicación de dicho comportamiento; basado en un pensamiento omnipotente y sádico, por el cual Lubitz se creyó con el derecho y el poder de acabar con la vida no solo de sí mismo, sino también con la de las 150 personas que lo acompañaban, utilizándolas para “ser recordado”.

Ese pensamiento con ideas grandilocuentes se transformaron en la planeación de un suicidio que tenía que demostrar tal impacto con todo el exhibicionismo y superioridad pertinentes del individuo narcisista.

Hasta aquí, tendríamos una explicación complaciente, un discurso sobre la enfermedad que llevaría a restar la responsabilidad moral de Lubitz. Además se tiene que considerar si para realizar ese tipo de afirmaciones,

deberíamos que tener conocimiento a cerca de la historia, el ambiente, los pensamientos, ideas, influencias que este actor tuvo a lo largo de su vida -de una manera detallada- que permitiera sustentar en la medida de lo posible esa hipótesis.



No obstante esas explicaciones al parecer, calman la angustia del ser humano ante la presencia de lo ominoso, lo terrorífico que es propio de todo individuo, pero que horroriza siquiera la idea de aceptarlo.

Freud en la explicación de las pulsiones y destinos de pulsión nos habla de dos instintos naturales en el hombre, el instinto de vida y el instinto de muerte. Ambos para este autor pueden determinar lo que hacemos, pero parece que existe una propensión a pensar que eso no es así, en la que como decía en páginas anteriores suena mejor definirnos “buenos por naturaleza” como si en estos términos preponderara el instinto de vida. Así, cuando nos enfrentamos a casos como el de Lubitz y otros muchos, que han cometido masacres en escuelas de niños, adolescentes, en lugares públicos, etc. La angustia que deviene ante el horror de los hechos, se calma ante la explicación propia de casos clínicos. Entonces, no se ve en el interior el monstruo que llevamos dentro, atribuyéndole a estos individuos un tipo de discapacidad emocional,

una falta de empatía, producto de una grave distorsión en el desarrollo.

Lo más preocupante desde esta perspectiva, no es el caso específico de Andreas Lubitz, sino el vacío que de pronto nos dejan estas posturas explicativas, un vacío en el que la naturaleza del ser humano está ya determinada y se aleja de la razón y de la voluntad. Igualmente muestran la propensión a la presencia de dogmas que ofrecen certezas donde posiblemente no las hay. Con este planteamiento, quisiera señalar que no podemos explicar un evento -como el que se vivió en los Alpes franceses- de una manera tan simplificada y sin reconocer la oscuridad en la que “la verdad” queda vedada por la deformación de diferentes posturas y realidades.

Ahora bien, si regresamos a la pregunta originaria de este texto ¿son suficientes las teorías de la enfermedad mental para explicar este tipo de actos? Más que dar una respuesta concreta, la intención es promover un análisis de las diferentes posturas que podemos encontrar al respecto. Desde este punto de partida, me podría acercar más a las teorías que consideran que no somos buenos por naturaleza, sino que el mal está dentro de cada individuo, y que tendemos a él. E.M. Cioran (1949) mantiene la idea de que la tendencia al ideal, a la megalomanía, la tendencia a creer en la bondad, en creer que existen certezas y convicciones en su conjunto no son más que el origen del mal. De esta forma podríamos entender más cabalmente cómo un hombre con las características de Lubitz, que había alcanzado ya lo que muchos jóvenes a su edad desearían (una posición social, una economía estable, una pareja, etc.) frente a la “no certeza” al miedo a lo desconocido al fracaso que devenía por su estado físico, lo llevaron a la necesidad de dejar una huella, de mostrar su grandiosidad falsa ante el mundo, que lo hicieron utilizar unos minutos del poder que en ese momento ejercía sobre la vida de los demás, por la idea dogmática de tener lo justo.

Empero, no quisiera caer también en una explicación simplista sobre las motivaciones que llevaron a Lubitz, arrastrar consigo a personas que no conocía. Seguramente esas razones existen, pero jamás las sabremos como lo afirma Lola Morón. Pero me parece que si se diera el reconocimiento no solo de la naturaleza bondadosa del ser humano sino también de la gran capacidad de destrucción, no dejaríamos de lado la responsabilidad que cada uno tiene de sus acciones. De acuerdo con esto Cioran afirma: hay algo que viene de nosotros mismos, que es nosotros mismos, una realidad invisible, pero interiormente verificable, una presencia insólita y de siempre, que puede concebirse en todo instante y que no nos atrevemos jamás a admitir, y que no tiene actualidad más que antes de su consumación: es la muerte el verdadero criterio... y es ella, la más íntima dimensión de todos los vivientes (Cioran, 2009: 18).

Si consideramos entonces este tipo de pensamiento en el cual la muerte siempre presente en el individuo, el individuo en sí como ethos del mal en palabras de Sloterdijk, cuando vemos su presencia inminente no sólo en las noticias que anuncian guerras y destrucción, sino en la vida cotidiana, la angustia ante eso ominoso, como tal, no existiría. La presencia de la reflexión sobre nuestros propios actos estaría siempre presente, es decir; ¿cómo poder evitar el mal, si se desconoce desde el interior de uno mismo? ¿cómo aceptar la consecuencia de nuestros actos, cuando los explicamos a raíz de enfermedades mentales?

Es preferible que el mal permanezca en el olvido, en lo oculto, en donde nadie lo vea aunque paradójicamente siempre esté presente; en “Genealogía de la moral”, Nietzsche nos dice que el “olvido” es un poder activo, una capacidad inhibitoria en el verdadero sentido de la palabra, facultad a la que hay que atribuir el hecho de que todo lo que nos sucede en la vida, todo lo que nosotros absorbemos se presenta tan pocas veces en nuestra consciencia en el

estado de “digestión”... de aquí que ninguna dicha, ninguna serenidad, ninguna esperanza, ninguna fiereza, ningún goce del instante presente podrían existir sin la facultad del olvido (Nietzsche, 2009: 227).

Por su parte Lubitz pretendía hacer algo por lo cual nunca fuera “olvidado” sin embargo, para quienes forman parte del grupo de personas de las que habla Nietzsche, la catástrofe tiene que ser olvidada, el mal tiene que ser enterrado; para alejarnos de la mala conciencia, de la culpa de ser parte del gran mal que enferma a la sociedad que formamos.

Finalmente recuperando el planteamiento inicial, resultaría muy peligroso ubicar el comportamiento moral como sinónimo de salud mental, eso sería pensar que en primer lugar existen personas que libres de neurosis

o de cualquier tipo de enfermedad mental son completamente morales y que solo “los anormales” -como los llama Foucault- o enfermos son quienes actúan de manera amoral. Tal idea repercutiría en temas legales; en donde a las personas que comenten delitos se les tuviera que eximir de la culpa y el castigo, dejando de lado que existen personas que son completamente conscientes del daño que quieren provocar a otros, así como Lubitz que al parecer conscientemente elaboró un plan para irrumpir en el “sistema -en sus propias palabras- para no ser olvidado” siendo así, completamente responsable de dicha decisión y en donde si era un paciente psiquiátrico con diagnóstico de depresión, narcisismo o cuasi psicótico tal vez sería lo de menos.☞

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washintong, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cioran, E. M. (2009). *Adiós a la Filosofía y otros textos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1915) *Obras completas. Pulsiones y destinos de pulsión*. Tomo XIV. Argentina: Amorrortu.
- Kernberg, O (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kohlberg, L. (1999). *Psicología del desarrollo Moral*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Nietzsche, F. (2009). *Genealogía de la Moral*. México: Porrúa.
- Sloterdijk, P. (2010). *Ira y tiempo*. España: Siruela.

De la Ciencia a la Conciencia



Depresión en adultos mayores de comunidades del DIF, Almoloya de Juárez, Estado de México 2015

Fecha de recepción: enero 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

María Isabel Ruiz Correa

Departamento de Información en Salud de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del Instituto de Salud del Estado de México

Colaboradora: Livia Quiroz Benhumea

Adscrita a la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen: la depresión es más frecuente en mujeres, sobre todo las que se dedican a las labores del hogar, entre más edad mayor grado de depresión, a menor escolaridad mayor depresión. Importante detectar este trastorno en primer nivel de atención e implementar programas preventivos para evitar consecuencias como el suicidio.

Palabras clave: depresión, adultos mayores, escala de depresión geriátrica de Yesavage, Programa de Atención Gerontológica.



Introducción

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, entre otros aspectos, contribuyen en el incremento acelerado de la proporción de personas de 60 años y más que en cualquier otro grupo de edad, en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad que debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores, así como la participación social y la seguridad (OMS, 2012).

Las cifras del envejecimiento demográfico indican que entre 2000 y 2050, la proporción de habitantes del planeta mayores de 60

años se duplicará, pasando del 11 al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones en el año 2000 a 2000 millones para el año 2050 (OMS, 2013).

Los adultos mayores padecen trastornos depresivos con mucha frecuencia y en muchos casos con serias implicaciones en la morbilidad, mortalidad, funcionalidad e integración social y familiar. La depresión es una entidad clínica con una alta tasa de respuesta al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana que vive en la comunidad, por lo cual es ideal la aplicación de programas preventivos (Martín, 2009).

Es por lo anterior que se realizó el presente estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, la línea de investigación en la que

se insertó el estudio, fue Cultura y Educación en Salud, con la finalidad de identificar el grado de depresión que presentan los adultos mayores que acudieron una vez por semana al grupo del D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia) de comunidades del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, además de conocer la distribución de este padecimiento considerando algunos datos sociodemográficos como grupo de edad (por década a partir de los 60 años), género, escolaridad y ocupación, para proponer un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores con algún grado de depresión, a bien de elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida) de 15 ítems conociendo información acerca de satisfacción de vida, estado de ánimo, temor a que algo malo le pase, sentimiento de abandono, preferencia por quedarse solo en casa en lugar de salir, entre otros.

Posterior a la obtención de los datos, se revisaron para su análisis estadístico a través del programa SPSS Versión 22.0, se analizaron e interpretaron los resultados, se elaboraron cuadros y gráficas en Excel. Finalmente se describieron las conclusiones y sugerencias de esta investigación.

Objetivos

General: Identificar el grado de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México.

Específicos: Clasificar a los adultos mayores según el grado de depresión considerando datos sociodemográficos.

Proponer un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores con algún grado de depresión.



METODOLOGÍA

Se trata de un estudio que toma como base la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC's): Cultura y Educación en Salud. Se clasifica de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Su objetivo es identificar el grado de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México. El universo de trabajo fueron los adultos mayores de comunidades de la Institución y Municipio mencionados del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México; la muestra es no probabilística por conveniencia de un total de 257 adultos mayores, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) de 15 ítems (versión reducida), que contiene la cédula de identificación del adulto mayor con nombre, edad, género, escolaridad y ocupación.

Se consideraron como criterios de inclusión: Adultos mayores pertenecientes a comunidades del D.I.F. del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado. Y como criterios de exclusión: Que no pertenezcan a comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México, adultos mayores que no acepten participar en el estudio de investigación y no firmen la carta de consentimiento informado.

Se identificó a la población que cumplió con los criterios de inclusión, invitándoles a participar en la investigación; una vez que aceptaron participar, se les dio la carta de consentimiento informado para que la firmaran; en el caso de que no supieran leer ni escribir, se les leyó la misma y colocaron la huella, de esta forma se cumplió con los aspectos éticos previstos en el estudio. A su vez, se informó que los resultados serán anónimos y se emplearán para justificar la elaboración de un programa de atención gerontológica dirigido a los adultos mayores que presenten algún grado de depresión. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS versión reducida), la cual fue previamente validada en estudios que han comparado los cuestionarios corto y largo de la misma para la valoración de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta. La sensibilidad de la GDS versión reducida fue del 92% y la especificidad fue del 89%. (Kurlowicz, L., 2007).

Se visitó a los adultos mayores en sesiones semanales de trabajo, acudiendo al auditorio o los sitios de reuniones de comunidades de los grupos del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México; la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida) se aplicó una por cada adulto mayor en una sola ocasión, explicándoles por anticipado el objetivo de la aplicación de la

misma, consistió en 15 preguntas dicotómicas que contestaron de manera verbal (sí y no), se anotaron las respuestas para obtener un resultado y clasificarlo en: sin depresión (0 a 5 puntos), depresión leve (6 a 9 puntos) y depresión establecida (más de 10 puntos).

Una vez obtenidos los datos después de aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS versión reducida), se realizó su análisis estadístico a través del programa SSPS Versión 22.0 y posterior a este, se analizaron e interpretaron los resultados, se elaboraron cuadros y gráficas en Excel. Finalmente se describieron las conclusiones y sugerencias de esta investigación.

Resultados

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del municipio de Almoloya de Juárez, Estado de México que incluyó a 257 personas, de las cuales 3 de cada 4 fueron mujeres.

Con un promedio de edad de 73.8, mediana 73, moda 72, desviación estándar de 7, una edad mínima de 60 años y una máxima de 96, sin que exista una diferencia de edad media entre hombres y mujeres.

En grado de escolaridad se muestra que sin estudios se encuentra el porcentaje más alto con un 59.1%, los de primaria incompleta fueron 1 de cada 3 (34.6%), la primaria completa solo el 5.4% y 2 casos con mayor grado de escolaridad (.8%).

Según la ocupación, casi 3 de cada 4 son amas de casa, los que se dedican a las labores del campo son el 17.9% y en otras actividades (comerciantes, artesanos, pirotecnia) fueron el 8.9%.

La prevalencia global de depresión en adultos mayores de comunidades de Almoloya de Juárez, México es de 1 de cada 3 (33.1%) y estratificando por grado de depresión, la leve

es de 23% y la establecida representa el 10.1%. Al agrupar la edad por décadas encontramos que el grupo de 60 a 69 tiene una prevalencia global de 27.5%, con un 14.5% de depresión establecida y el 13.0% depresión leve. En el grupo de edad de 70 a 79 años se encontró una prevalencia global del 37.5%, siendo mayor el porcentaje en la depresión leve con el 29.4%. En el grupo de los 80 a 89 años la prevalencia fue del 28.2%, de los cuales la leve fue de 21.7% y en el grupo de 90 a 99 se encontró una prevalencia del 33.3% correspondiendo el total de los casos a depresión establecida.

Con respecto a depresión por género, predominó más en la mujer con un 35.7% y para el hombre es del 24.6%.

De acuerdo a la ocupación de los adultos mayores, los que se dedican a las labores del campo tienen una depresión del 23.9% y de estos, el 6.5% tienen una depresión establecida y el 17.4% una depresión leve. Para los adultos mayores que se dedican a las labores del hogar, en su mayoría mujeres, tienen una depresión del 38.3% y de estos el 12.2% tienen depresión establecida. Los que se dedican a otras actividades solo se encuentran con el 8.7% de depresión, siendo todos depresión leve.

De acuerdo al nivel de escolaridad, los adultos mayores que no tienen estudios obtuvieron una prevalencia de depresión del 36.2%, de estos el 11.2% tenían depresión establecida. Para los que tenían la primaria incompleta la prevalencia fue de 30.3% y de estos el 10.1% tienen depresión establecida; para los de primaria completa la prevalencia fue de 21.4% y el 100% presentaron depresión leve y para los que tienen un mayor nivel de escolaridad no se encontró depresión.

Conclusiones

La OMS calcula que, entre los mayores de 65 años, más de un 20% padece algún tipo de trastorno psiquiátrico. De estos, los de tipo depresivo son los más frecuentes, siendo sólo

superados por la demencia a partir de los 75 años.

En México el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad. La depresión es una enfermedad mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores (Secretaría de Salud, 2011). Los resultados de este estudio se relacionan de manera importante con lo que establece la literatura, pues la prevalencia de depresión en adultos mayores de comunidades del D.I.F. del Municipio de Almoloya de Juárez, México fue del 33.1%, siendo la depresión leve la de mayor incidencia con el 23%.

La revisión de informes establece que la depresión aumenta conforme la edad avanza y disminuye con niveles de educación más altos (Bello M., 2005); lo anterior respalda los resultados arrojados en este estudio, pues la prevalencia de depresión fue mayor conforme aumento la edad y los adultos sin escolaridad presentaron mayor grado de depresión, en comparación con aquellos que tienen un mayor nivel.

Martin (2009) cita que en México (según la Encuesta Nacional de Psiquiatría, 2002) el porcentaje de mujeres que refieren sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en los hombres del 2.5%; es decir, mayor en el género femenino, esto apoya los resultados del presente estudio, donde el mayor porcentaje de depresión se presentó en mujeres que se dedicaban a las labores del hogar, por lo cual podría suponerse que el hecho de estar en casa conlleva mayor riesgo de caer en depresión, en comparación con los hombres que salen de casa a realizar otras actividades laborales que les sirven para socializar con los demás.

Martín (2009) dice que la depresión es una entidad clínica con una alta tasa de respuesta

al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana que vive en la comunidad, por lo que es ideal la aplicación de programas preventivos. Por lo anterior, uno de los objetivos del presente estudio fue proponer un programa

de atención gerontológica, dirigida a estos adultos mayores que presentan algún grado de depresión, para ser aplicado y contribuir de forma significativa a mejorar la calidad de vida, autonomía, estilo de vida y pronóstico de la población en estudio. ☽



Referencias bibliográficas

- Belló, M., et.al. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública SSA. México.
- Hernández Sampieri (2014). Metodología de la Investigación. 5ta. Edición, Edit. Mc Gram Hill.
- Kurlowicz, L. (2007). La Escala de Depresión Geriátrica. University of Pennsylvania School of Nursing. 2007. Num. 4 [Artículo en internet] Disponible en URL: http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf. Consultado en Abril 2015.
- Martin, C. M. (2009). La prevención en psiquiatría geriátrica: El momento del sentido común. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Vol. 38/ No. 4. Pp. 614-621.
- Martínez H. (2012). Metodología de la Investigación, con enfoque en competencias. CENGAGE Learning Editores, S.A. de C.V., México D.F.
- OMS. (2012). Temas de salud. Envejecimiento, Artículo del Boletín de la OMS. Consultado en línea 10 de mayo de 2015 desde la pagina www.who.int/topics/ageing/es/
- OMS. (2013). Centro de Prensa. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva No. 381. Consultado en línea 19 de mayo de 2015 desde la pagina www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es
- Secretaría de Salud (2011) Guía Práctica Clínica Actualizada. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. IMSS-194-08 México.
- Separata, J. (2010). Bases para el análisis de datos clínicos y epidemiológicos. Apuntes de Estadística. Arequipa: SPBIS.

La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinaria

Fecha de recepción: enero 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Octavio Márquez Mendoza

Profesor e Investigador del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Profesor e investigador en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) de París

Marcela Veytia López

Profesora e Investigadora del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Profesora e Investigadora del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Miriam Flores Medina

Profesora e Investigadora del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen: el presente texto busca centrar el análisis sobre la problemática que existe en el desarrollo de la enseñanza actual de la bioética para los profesionales de la salud, dentro de un mundo altamente cambiante y con gran dosis de complejidad en las acciones y prácticas humanas, dando como resultado una realidad compleja, que demanda de una acuciante necesaria conjunción de saberes, la aplicación del método del pensamiento complejo y la visión transdisciplinaria. Se toma como referente teórico a Carlos Edmundo Maldonado, pues ha trabajado de forma especial la articulación entre la bioética y la transdisciplinariedad, aspectos claves ambos para el presente trabajo, ello sin obviar a otra serie de autores que de una u otra forma han escrito sobre pensamiento complejo, transdisciplinariedad, bioética o salud, como lo son por ejemplo Edgar Morin y Luis Carrizo, entre otros. Asimismo, se analiza en detalle la aplicación necesaria de la transdisciplinariedad en la enseñanza de la bioética a los profesionales de la salud.

Palabras clave: bioética, pensamiento complejo, transdisciplinariedad, educación.

Introducción a la enseñanza de la bioética

Adquirir conocimientos del mundo ha sido imperativo para el hombre en la modernidad. La ciencia de esta forma “ha recurrido a métodos de verificación empírica y lógica quedando relegados y cegados por las luces de la razón, los mitos y las tinieblas. Contradictoriamente, el error, la ignorancia y la ceguera, no cesan, en cualquier ámbito y a la par del incremento de los conocimientos” (Morin, 2003: 27). Quizá, sea necesario tomar conciencia de los problemas en el progreso del conocimiento, relacionados con la falsa percepción o incoherencia, buscar otra vez la forma en que están organizadas las ideas en torno al objeto de conocimiento. El desarrollo de la ciencia como se conoce hasta el momento, permite un uso intensivo y constante del conocimiento en todos los ámbitos de la sociedad más allá del académico, generando así, la sociedad del conocimiento. Su propósito es –según apunta Castells- mejorar notoria e igualitariamente la relación entre las personas, sin embargo, se ha incrementado la desigualdad entre los hombres, siendo este último aspecto de suma relevancia en el ámbito de la salud.

Con el surgimiento del término “ciencias de la salud”, se ha cuestionado el paradigma que concebía a la salud como único objeto de estudio, el paradigma actual reconoce las múltiples dificultades presentes en las diferencias de herramientas y lenguajes para estudiarla. Así, la salud no es más un objeto de estudio sino un problema para comprender y resolver, ha dejado de ser antropocéntrica para convertirse en una compleja interacción de sistemas ecológicos y biocéntricos, incrementando cada vez más su complejidad mediante el estudio de sistemas complejos no-lineales. De este modo, al estudiar los sistemas de salud es primordial considerar factores tales como: la pobreza, hambre, contaminación, sobreexplotación y agotamiento de los recursos naturales, conflictos sociopolíticos, políticas económicas y financieras, así como las crisis humanitarias

y problemas demográficos. Las ciencias de la salud tienen la especificidad de trabajar con un problema que demanda, desde el comienzo, con una apertura mental considerándolo un sistema abierto, en proceso, inacabado e indeterminado (Maldonado, 2008: 9).

La necesaria relación de la bioética con las ciencias de la salud

La bioética en las ciencias de la salud, permite “el surgimiento de un nuevo marco de reflexión, decisión y actuación ante los problemas del ser humano, fundamentando la vida a partir de su diversidad” (Maldonado, 2003: 30). Surge a partir de 1970 con el libro de Potter denominado Bioethics y actualmente su fundamentación es la conformación teórica de sí misma. Asociadas, están otras disciplinas que es necesario puntualizar: el bioderecho, regula las nuevas tecnologías y la biomedicina, es normativo y por lo tanto tiene una connotación negativa, ya que se concentra en el estudio de los riesgos y amenazas de la biomedicina. Se presenta como un mecanismo de control a la investigación científica; la biotecnología, trata la tecnología aplicada a los dilemas del comienzo y final de la vida; la biopolítica por el contrario a la bioética que muestra preocupación por el individuo, se caracteriza por ocuparse del individuo en medio de un entorno social, político, cultural e histórico; la bioeconomía intenta unir la economía y la teoría de la evolución. “La bioética presenta connotaciones y preocupaciones éticas específicas, implica la apertura a estas y otras disciplinas diferenciando claramente sus funciones. El término bios no debe ser entendido a partir de criterios solamente éticos, morales o normativos, sino desde un sentido evolutivo” (Maldonado, 2007: 43).

Maldonado define a la bioética como: una disciplina de frontera constituida por y definida en términos de problemas de frontera. Es también un puente para el estudio, comprensión, cuidado, exaltación y posibilitamiento de la vida mediante



la reflexión y comunicación entre las ciencias sociales y humanas y las ciencias naturales, tanto teóricas como prácticas. Su preocupación por la salud es su objeto de estudio, sin embargo la preocupación por la vida es su objeto de estudio en un sentido mayor (Maldonado, 2005: 33).

Por lo tanto, la bioética no sólo trata de estudiar a los seres humanos sino que incluye reflexiones sobre estos en un marco más amplio: la biota (biósfera y ecosistemas). La característica peculiar de la bioética desde esta perspectiva, es la construcción continua a partir de las realidades dinámicas, inestables con fluctuaciones, inestabilidades, equilibrios dinámicos y no linealidad. Es un campo donde confluyen intereses, lenguajes, métodos y

experiencias, todas ellas provenientes de diferentes fuentes pero centradas en el problema que le compete a la bioética. No es solo la conjunción entre bios y ethos, consiste en el planteamiento de interrogantes a la ciencia para establecer alcances, posibilidades, límites y significados de sus afirmaciones, experimentos y desarrollo.

El fin de la bioética no se reduce a una reflexión basada en principios lógicos, tampoco en propuestas sostenidas por sensibilidad moral, exige “tener presente los distintos componentes de un conflicto que no se pueden manejar aisladamente sino con la comunidad, reconociendo los valores que sugieren a todos y cada uno, vivir bien con otros en el presente y el futuro” (Pfeiffer, 2014:

62). Reducir la bioética a cuestiones como la eutanasia, el aborto, uso de la genética, en aspectos médicos y legales no permitiría pensar aquellos problemas de la vida y de la muerte, de forma integral. Si se parte de que el humano es una multiplicidad de intenciones e intereses que no sólo dependen de su individualidad sino de otros, así como del tiempo y el espacio que le toca compartir con ellos, se comprenderá entonces la función de la bioética: dar a esas intenciones e intereses un sentido, conjugando lo teórico y lo empírico, lo absoluto y lo relativo a las diferentes ciencias.

El desarrollo del conocimiento de la bioética, consiste en la apropiación de fuentes, tradiciones, temas y problemas que permitan posteriormente desarrollar una investigación. Sin embargo, actualmente, el mayor interés de la bioética no ha sido el de generar investigadores (lo cual llevaría al desarrollo de la disciplina y consolidación de nuevas líneas de investigación), limitando el conocimiento en torno a problemáticas específicas de salud. A partir de ello, el propósito a considerar es “socializar la bioética, es decir, el conocimiento existente, llevarlo al ámbito de la educación. Su tarea fundamental será comunicar a los demás en qué consiste la bioética y cuáles son las normas que la rigen mediante una tradición científica y cultural ampliando las fronteras del conocimiento” (Maldonado, 2005: 36).

La bioética y el pensamiento complejo

Para Morín, el pensamiento “complejo” no significa complejo en términos de complicado, sino al contrario, cuando hay complejidad siempre queda incertidumbre en el pensamiento” (cfr. Feliú Giorelo, 2003: 1). Seguidamente Morín indica que el pensamiento complejo es: “una base para el entendimiento, una base para el pensamiento complejo que va más allá de la noción de sistema”. Pero ¿qué significa sistema? Sistema significa relaciones entre elementos de naturalezas diversas que son conectados en una organización a partir de la cual se produce lo que se puede llamar emergencia, calidades o cualidades

nuevas y también restricciones sobre las cualidades de las partes. Aquí está presente la idea que se debe abandonar todo modo de pensar reduccionista que pueda pensar un todo a partir de los elementos tomados separadamente. Es necesario un pensamiento que haga las conexiones de las partes, que haga la conexión de lo global con lo local, es decir, un pensamiento que relacione el todo con las partes y las partes con el todo, es decir principio hologramático, este es para mí un pensar fundamental (cfr. Feliú Giorello, 2003: 2 y 4).

De la amplia bibliografía de Morin sobre el pensamiento complejo, se destacarían los siete saberes necesarios para la educación del futuro (1999) e Introducción al pensamiento complejo (2003), pero es sobre todo el trabajo de síntesis sobre la materia elaborado por Raúl Gómez Marín y Javier Andrés Jiménez (2002), el que presenta de manera concisa los diferentes principios programáticos del pensamiento complejo, mientras que Christopher R. Stephens expone “Lo que no es la complejidad” (2011).

Como ideario general de Morin, se puede atender a lo expuesto en la entrevista realizada por Djénane Karen Tager publicada bajo el título de Edgar Morin: Mi camino: La vida y la obra del padre del pensamiento complejo, en el que por ejemplo alude a “Mi método”, que consiste en una constelación: en nuestras escuelas, en nuestras universidades, se nos enseña a conocer cosas, pero éstas están separadas, aisladas. No se nos enseña a vincularlas, por lo tanto, no se nos enseña a afrontar nuestros problemas fundamentales, globales: o sea, tenía que elaborar un pensamiento complejo, una manera de pensar no sólo las ciencias, no sólo la filosofía, no sólo la política, sino también la vida cotidiana, la de cada uno de nosotros (Morin: 2010: 163-186).

Los profesionales de la salud, constantemente observan cambios inesperados en la vida diaria, con posibilidades infini-

tas al atender la salud humana en un sistema complejo de entendimiento. La complejidad, implica estudiar un problema desde sus causas necesarias mediante la búsqueda principalmente de razones que pueden explicarlo con la aplicación del método específico del pensamiento complejo. Es intrínseca en la relación que existe entre todos los actores involucrados, formando una red de hechos entrelazados de una u otra manera. Así, “surgen nuevas explicaciones de procesos de evolución cognitiva, ya que implica abandonar antiguos modos de solución a problemas mediante cambios dramáticos, repentinos e inesperados” (Maldonado, 2005: 38).

No son numerosos los trabajos que existen para la comprensión de la salud desde la perspectiva del pensamiento complejo, de forma somera se puede indicar las aportaciones realizadas por France Calas, Christian Reynaud y Claude Caussidier en “Éducation à la santé complexe: une approche globale pour la formation des enseignants” (“Educación a la salud y pensamiento complejo: una aproximación global para la formación de los docentes”, 2012: 106-130); María Cecilia de Souza Minayo en “Interdisciplinarietà y pensamiento complejo en el área de la salud” (2008: 5-8) y Rina M. Ramis Andalia en “Complejidad y salud en el siglo XXI” (2007), entre otros.

El arte de ser un profesional se está convirtiendo en “el arte de gestionar la complejidad” (Schmidt, 2008: 91). En la actualidad existen métodos analíticos sofisticados y programas informáticos para el manejo de cantidades grandes de información, así mismo, la modelización y la predicción a larga escala. A pesar de ello, los problemas complejos no se pueden resolver solo mediante estos métodos y nueva información o introduciendo nuevas variables a los modelos de decisión predefinidos. Los problemas complejos no se resuelven de una vez para siempre, sino que deben ser gestionados continuamente.



Las tres comprensiones acerca de la complejidad del mundo y su naturaleza según Maldonado son: como método, como cosmovisión y como ciencia, la bioética forma parte de esta última. Lo complejo entonces, es comprendido como aquello impredecible o incontrolable sin querer dar por hecho que los fenómenos, sistemas o comportamientos para ser estudiados tienen necesariamente que ser controlados. Así, la complejidad es el resultado de la ruptura de simetrías, el fenómeno es abierto y se encuentra en un entorno variable. Se manifiesta entonces mediante la interacción entre los componentes de un sistema que ponen de manifiesto que dicho sistema se encontraba en desequilibrio. El desarrollo de la investigación plantea dos puntos de vista, el primero es la visión tradicionalista y predominante donde el conocimiento es un sentido acumulativo y por lo tanto progresivo, donde siempre se sabe más y mejor que antes, así, la investigación y el conocimiento no se pueden modificar si el propio conocimiento no lo permite. En la segunda visión, el progreso del conocimiento se da mediante quiebres, rupturas y discontinuidades donde la innovación y creatividad son elementos fundamentales para que se lleven a cabo, por tanto cuando se incorporan o producen auténticos paradigmas considerados como nuevos, hasta entonces se podría decir que se logró avanzar en el conocimiento. Los nuevos paradigmas no surgen por sí solos, sino que surgen de la imposibilidad o incapacidad del

conocimiento hasta el momento existente lo cual implica el uso de nuevos lenguajes, técnicas y conceptos (Maldonado, 2009: 46)

El pensamiento complejo o “las ciencias de la complejidad” constituyen –según Maldonado– una auténtica revolución científica ya que han transformado entre otras, campos y fenómenos determinados del conocimiento. No todos los fenómenos, sistemas y comportamientos en el mundo y en la naturaleza son complejos –según Maldonado, aunque Morin entiende lo contrario–, ya que –como apunta Maldonado– “el sentido en este contexto, debe de ser desprovisto de cargas psicológicas, emocionales, estética o lingüística” (Maldonado, 2009: 51). La complejidad es un desafío que se hace depender de la posición del observador del método del pensamiento complejo aplicado al enigma y complejidad de la realidad analizada (Fernández-Carrión: 2014), pues “la complejidad intenta explicar qué hace que un sistema se comporte complejamente y qué sigue de ello. Significa un espacio intermedio cuyo extremo opuesto presenta la apertura de diversos riesgos, posibilidades, preguntas, desafíos y horizontes. Las ciencias de lo complejo pretenden que se pueda vivir en armonía con el mundo y la naturaleza, lo cual implica por supuesto, la armonía consigo mismo” (Maldonado, 2009: 51).

En esta línea, De Sousa (2009) menciona que en el paradigma emergente, la ciencia posee un carácter autobiográfico y autorreferencial asumido claramente. El horizonte del conocimiento obtenido es la totalidad universal, sin embargo no deja de lado el conocimiento local, ya que se constituye en torno a temas adoptados por grupos sociales concretos con proyectos de vida locales. Como primera característica del conocimiento en este paradigma es que al mismo tiempo que es científico natural, también es científico social dejando de lado la separación de las ciencias naturales y sociales ya que carecen de sentido y utilidad en la actualidad. Finalmente, el conocimiento científico no queda solo redu-

cido a los saberes obtenidos en la academia, sino que también buscará constituirse en sentido común. El sentido común hace coincidir causa e intención, apoyado en una visión del mundo basada en la acción y en el principio de la creatividad y de la responsabilidad individual (De Sousa, 2009: 40).

En este sentido y acorde a Naomar Almeida-Filho 2006 es ciertamente más adecuada la designación de la categoría “complejidad” para resumir el conjunto de propiedades de los objetos de conocimiento de efectivo interés para la ciencia contemporánea. La idea de complejidad puede ser así tomada como el eje principal que unificaría parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo. Se trata de una aplicación generalizada de la premisa que, al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad en busca de su esencialidad, la investigación científica dentro de un nuevo paradigma pretende respetar la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia (Almeida-Filho, 2006).

El abordaje de la complejidad así a contextos de salud requiere elementos y herramientas que contribuyan a superar la diada salud enfermedad y en la que Morin contribuye con dos importantes propuestas: la noción de integralidad del conocimiento y el concepto de transdisciplinariedad.

Por integralidad del conocimiento Almeida-Filho comprende la idea de que, “... en el paradigma de la complejidad, no es posible que exista conocimiento absoluto y aislado, porque el pensamiento complejo es, por definición, relativo y contextual. Más aún, el conocimiento científico es integral y uno, aunque mismo así (y por eso mismo) permite una multiplicidad de conocimientos parciales y fragmentarios. Por lo tanto, el pensamiento complejo implica unidad con multiplicidad y unidad en la diversidad” (Almeida-Filho, 2006).

De esta forma la autora se interroga acerca de cómo “operacionalizar” (o sea, realizar en la práctica) abordajes de complejidad en el campo de la salud. Para alcanzar la deseada “síntesis de la complejidad”, es cierto que será necesario producir discursos capaces de atravesar “fronteras disciplinares” a los que no referimos en el siguiente apartado.

La bioética desde el pensamiento complejo y la transdisciplinariedad

La interdisciplina desde un pensamiento complejo –según Salvador– refiere la transferencia de los métodos de una disciplina a otra, observándose tres grados: de aplicación, epistemológico y de generación de nuevas disciplinas. Se comprende como un esfuerzo indagatorio entre varias disciplinas. La transdisciplinariedad “es o que esta entre, a través y más allá de las disciplinas teniendo como pilares los siguientes: niveles de realidad, lógica del tercero incluido y la complejidad que determina la metodología”. La transdisciplina es entonces un esfuerzo indagatorio, involucra a la educación superior ya que puede referirse tanto a los fundamentos y métodos del conocimiento científico como a la propia estructura y modo de proceder de la razón con las siguientes características: apertura, complejidad técnica y humana, flexibilidad, imprevisibilidad de requerimientos, emergencia de planteamientos y procesos. El enfoque transdisciplinar puede redefinir necesidades educativas y vincularlas a aspectos demandados y desatendidos. Desde la perspectiva de la complejidad el propósito es ser mejores seres humanos desde y para la evolución humana (Salvador, 2014: 63).

Lo transdisciplinario –según Montalvo– rebasa los límites de lo interdisciplinario. Su intención es superar la división del conocimiento, más allá de la aportación de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina): es un proceso donde los límites de las disciplinas individuales trascienden para estudiar

problemas desde perspectivas múltiples con el objetivo de generar conocimiento, a través de la integración y transformación de perspectivas gnoseológicas distintas. No es una disciplina sino un enfoque. Lo importante es la dinámica que produce la acción simultánea de varios niveles de la realidad. Sin embargo, necesita la investigación disciplinaria, también beneficiada por el conocimiento transdisciplinario. Estos enfoques conllevan atender el paradigma emergente de la Complejidad (Montalvo, 2013: 8).



En diferentes Universidades y Centros de Investigación existen importantes esfuerzos, vinculados a las reformas en la educación para el desarrollo de un pensamiento transdisciplinario, crucial para el desarrollo de una actitud con estas características. Sin embargo, reconocer y clasificar los obstáculos existentes es importante, por la fuerte tradición de instancias estructuradas en torno a las disciplinas de la salud, que según Carrizo, son los siguientes:

- Epistemológicos, referidos a los paradigmas del conocimiento.
- Culturales, fundamentalmente las grandes brechas entre cultura científica, cultura humanista y cultura popular.
- Institucionales, defensa de territorios de saber/poder en las Universidades y Facul-

tades (aunque no sólo en ellas, sino también en los gremios o colegios Profesionales).

- Organizacionales, Instrumentos de la reformas.
- Psicosociales, crisis y transformación de las identidades profesionales, con sus correlatos en los imaginarios personales y sociales.
- Económicos, por un lado se refiere, a las posibilidades que ofrece un mercado de empleo crecientemente tecnocrático e hiperespecializado y, por otro, a las fuentes de financiamiento para la investigación y el desarrollo transdisciplinarios (Carrizo, 2004: 61).

Pautassi refiere que como no todos los ambientes son morales pudiendo haber normatividades inmorales. El organismo biológico posibilita las funciones superiores del espíritu, el educando puede razonar, deliberar y hacer un juicio crítico sobre las morales vividas y formuladas con base en principios éticos universales. Así, el nivel posconvencional de la teoría de Kohlberg está presente: ser sujeto ético de su obrar (moral pensada). La ética, como moral pensada, busca humanizar el sentido de la vida, desenmascarar las situaciones alienantes al distinguir “lo válido de lo vigente y lo correcto de lo aceptado” (Pautassi, 2006: 108). De ahí la necesidad de educar para ser crítico ante toda situación.

La bioética además, integra un análisis crítico del significado del ser humano en cuanto ente biológico, en tanto persona socialmente construida. Con el claro interés por la vida, el individuo debería elaborar su proyecto personal de existencia. Además de ello, “a la bioética le compete preocuparse por quienes carecen de la racionalidad o sufren un desempoderamiento, impidiendo que se consideren como personas capaces de generar un proyecto de vida” (Kottow, 2010: 167). El reconocimiento del otro es indispensable para establecer un diálogo ético. A partir de esta propuesta, la bioética podría ganar una perspectiva frente a realidades donde

en la actualidad la bioética no toma nota, o lo hace de forma fragmentaria e inconstante manifestándose en una preocupación ética débil frente a poblaciones marginadas, los pobres, los ilegales, los socialmente excluidos solo recibiendo un reconocimiento inespecífico y diluido.

La bioética puede contribuir al establecimiento de una ética civil propia de las sociedades con individuos autónomos, es decir con la capacidad de deliberar y participar en las decisiones que les competen. Los rasgos característicos y procedimientos empleados por la bioética permiten ser expresión y vehículo de la ética civil de las sociedades actuales. Sánchez refiere que las funciones principales de la bioética serán instrumentos nuevos en la conformación de éticas civiles en sociedades democráticas participativas y deliberativas, mediante las siguientes características:

- Racionalidad
 - Diálogo
 - Deliberación
 - Transparencia pública
 - Autonomía individual y social
 - Posibilidad de participación de todos
- Sánchez (2011: 341).

En lo que respecta a los contenidos de los programas de educación en Bioética, se proponen incluir: temas de salud pública para que los estudiantes piensen en problemas prioritarios de la comunidad. La importancia radica en que en todos los países, los sistemas de salud están sometidos a la crítica. Así, los alumnos deben ser testigos de la aplicación de la bioética y no solo de conceptos teóricos. Los cambios sociales y económicos de países latinoamericanos no solo afectan y amenazan a los médicos o a los profesionales de la salud en su comportamiento moral, existen también los cambios científicos y tecnológicos, así como los sociales. La sociedad que privilegia el consumo y una competencia que hace perder valores como la solidaridad y el respeto a la dignidad de las personas, generan conflictos y amenazas a las conductas morales de los

médicos y profesionales de la salud que viven en esta sociedad. La educación en Bioética entregará conocimientos y destrezas para que los profesionales puedan enfrentar de la mejor manera estos desafíos. La educación por sí, resulta compleja, sin embargo la transdisciplinariedad retoma la naturaleza del conocimiento. El ser humano con capacidades, deberá tener en cuenta en su educación, “la evaluación que implica la conciencia de la forma en que están llevándose a cabo los cambios” (Montt, 2000: 19).

Durante el Primer Congreso Mundial de la Transdisciplinariedad, Freitas, Morin y Nicolescu (1994) como representantes del comité de la redacción de la “Carta de la transdisciplinariedad”, la consideraron como un conjunto de principios fundamentales de la comunidad de los espíritus transdisciplinarios, constituyendo un contrato moral que cada uno de los signatarios hizo consigo mismo, fuera de toda restricción jurídica o institucional. La educación entonces, resultó fundamental en su progreso, fundamentados en los siguientes artículos:

Artículo 9: La transdisciplinariedad conduce a una actitud abierta hacia el mito, la religión y hacia quienes respetan esas creencias con espíritu transdisciplinario.

Artículo 10: No existe un lugar cultural privilegiado desde donde uno pueda juzgar las otras culturas. La teoría transdisciplinaria es, ella misma, transcultural.

Artículo 11: Una educación auténtica no puede privilegiar la abstracción sobre otras formas de conocimiento. Debe enseñar a contextualizar, a concretar y a globalizar. La educación transdisciplinaria reevalúa el rol de la intuición, de lo imaginario, de la sensibilidad y del cuerpo, en la transmisión de conocimiento (Freitas, Morin y Nicolescu, 1994).

La universidad, la bioética y la transdisciplinariedad

Schmidt comprende a la Universidad como algo más que un lugar para investigar y

enseñar o estudiar y aprender o un mero estadio de educación superior, o un lugar de intercambio (pasivo y activo), de información, de conocimientos, de experiencias científicas y vivenciales. Mejor aún, le considera un centro de servicio forjador y desarrollador del conocimiento humano. La relación entre investigación y enseñanza involucra exigencias de la Investigación con influencia en la enseñanza. Mientras cada disciplina se enseña de manera sistemática y según sus propios métodos, la interdisciplinariedad ayuda a los estudiantes a adquirir una visión orgánica de la realidad y a desarrollar un deseo incesante de progreso intelectual. Las implicaciones morales de cada disciplina, son “consideradas como parte integrante de la enseñanza de la misma disciplina; y esto para que todo el proceso educativo esté orientado, en definitiva, al desarrollo integral de la persona” (Schmidt, 2008: 81).

Las investigaciones transdisciplinarias que propongan soluciones, en el debate democrático de organismos locales o nacionales de bioética y ética son fundamentalmente necesarias. Las deliberaciones acerca de los dilemas de justicia social y moral que surgen al intentar integrar en lo local, políticas bioéticas globales generarán conflictos y debates inevitablemente, posibilita “contar con conceptos éticos y un método de investigación transdisciplinario que mantenga claros los principios no negociables, permitirá el surgimiento de efectos positivos donde el pensamiento y la investigación se unen para alcanzar el bien común, la justicia y la paz” (Mazzanti, 2010: 163). La educación y la investigación son motores de cambio en lo científico y tecnológico, aunque no en los cambios sociales y culturales, pero sí pueden tener influencia en la formulación de políticas y directrices de quienes laboran en ella. Luego, “los docentes como puente entre el presente y el futuro, entre las ilusiones y las realidades, deberán forjar los caminos de búsqueda de la trascendencia, los conocimientos, valores y actitudes de los estudiantes” (Schmidt, 2008: 83).

El rol docente de los comités de ética

Además de las normativas que desde diferentes ámbitos locales, por ejemplo las que se aplican en México, que establecen la obligatoriedad de las actividades docentes que los comités de ética deben ejercer, se considera esencial la profesionalización de sus respectivos miembros y esto incluye el acceso, la transmisión y el procesamiento de la información y que la misma devenga en conocimiento para el desarrollo de mejores prácticas con valores.

El acceso a la información en ciencias de la salud “es un bien público regional y un derecho humano fundamental, establecido en los principios universales y en los instrumentos políticos de los países” y hoy se ve facilitado por las redes globales del conocimiento; sin embargo, aún persiste cierta desigualdad en el acceso a la misma y prueba de ello por ejemplo, corresponde al diferente grado de acceso a internet.

Avanzando un paso más y como un aporte que orienta los próximos desafíos, integrantes del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, reunidos en el Noveno Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS 9) y en la Sexta Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) 2012, plasmaron en la “Declaración de Washington, DC” la relevancia de concebir la información como un bien público y facilitar su acceso a modo de un imperativo ético.

Desde temáticas tales como las diferentes funciones y atribuciones de los comités de ética hasta la obtención del consentimiento informado entendido como un genuino proceso, todas constituyen áreas de posible abordaje desde el rol docente y de capacitación de los comités de ética.

Paralelamente urge la posibilidad de salir de los límites o los muros de los comités de ética con actividades de diseminación que fortalezcan

el desempeño de los profesionales que “habitan” en las instituciones de salud, como un modo de descentralizar las actividades de los comités y la adopción de una perspectiva transversal extensiva también a los miembros de la comunidad en general.

El rol de los claustros académicos y de las sociedades científicas

Las universidades tienen, por su propia naturaleza, la misión y el deber de enfrentar este estado de cosas, de ser sensibles a los signos de los tiempos y de formar las futuras generaciones en consonancia con ellos. Las realidades del mundo actual se han vuelto cada vez más complejas. A lo largo de la segunda parte del siglo XX y, especialmente, en las últimas décadas, las interrelaciones y las interconexiones de los constituyentes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales y ecológicos, tanto a nivel de las naciones como a nivel mundial, se han incrementado de tal manera, que la investigación científica clásica y tradicional –con su enfoque lógico-positivista– se ha vuelto corta, limitada e insuficiente para abordar estas nuevas y complejas realidades. Han revelado su insuficiencia, sobre todo, los enfoques unidisciplinarios o monodisciplinarios, es decir, aquellos que, con una visión reduccionista, convierten todo lo nuevo, diferente y complejo, en algo más simple y corriente, quitándole su novedad y diferencia y convirtiendo el futuro en pasado (Martínez, 2009: 20).

En las últimas décadas, un limitado número de académicos ha enfrentado este problema, en las universidades más progresistas del planeta, iniciando, primero, unos estudios multidisciplinarios, luego, estudios interdisciplinarios y, finalmente, estudios transdisciplinarios o metadisciplinarios; es decir, estudios que ponen el énfasis, respectivamente, en la confluencia de saberes, en su interacción e integración recíprocas, o en su transformación y superación.

En cualquier nivel, el horizonte de la educación, está constituido por la posibilidad de un mejoramiento moral del educado. Sin embargo hay que considerar el cuidado que implica que este sujeto solo se considere producto de su educación reproduciendo de manera simple la forma de pensar, sentir y actuar las condiciones sociales que le han acompañado desde su infancia. Martínez (2014: 110) cita a Wyneken quien resalta que no basta con tener ideas, sino que hay que vivirlas. Así mismo refiere que la escuela funge como una institución encargada de conservar para los seres humanos un patrimonio para las futuras generaciones, sin embargo tiene que considerar la edad de la juventud que representa el futuro de las generaciones. Si se considera el entorno social del espacio educativo donde esos jóvenes se desenvuelven y sobre el cual se encuentran construyendo planes, se puede captar el hecho de que muchos de los contenidos de las asignaturas provienen de ambiente liberal del marco social que pretenden interesar a los jóvenes en premios inmediatos y mediante la obtención de premios o equivalentes. Así se observa una incoherencia entre la educación escolarizada de los jóvenes y las exigencias de la sociedad.



Márquez, Veytia, Guadarrama y Delgado declaran la multidisciplinariedad de la bioética debido a que abarca principalmente

dos campos del conocimiento: la filosofía y la ciencia, compartiendo numerosos problemas. Su estrecha vinculación se centra en su interés por establecer restricciones al avance técnico-científico pretendiendo definir criterios y límites en la actividad científica. Consideran que la bioética no es una ciencia acabada, dada su interdisciplinariedad continuamente se está construyendo. Los principios morales en los cuales se basa para regirse, son en general todos aquellos que estén a favor de la vida, pues “ante los avances tecnológicos y científicos continuos, la bioética deberá encontrar diversas formas de solucionarlos, mediante la aportación de diferentes ámbitos del conocimiento, es decir de varias disciplinas científicas forjando así nuevos modos de investigación. Los modelos generados tendrán que aplicarse en casos particulares” (Márquez, Veytia, Guadarrama y Delgado, 2011: 203).

Pensar en términos de complejidad implica sumir una filosofía del movimiento, y por tanto, del tiempo, significa reconocer explícitamente que los fenómenos o sistemas o comportamientos complejos poseen más de una lógica y que pueden ser explicados en términos distintos a la lógica formal clásica. Maldonado (2013) resalta que una gran dificultad del significado social y cultural de las ciencias de la complejidad es “que implican una distancia fuerte respecto a la forma tradicional vigente de comprender la realidad, la naturaleza y el mundo en general (Salvador, 2014: 63), se basa en los argumentos de Basarab Nicolescu para definir la complejidad como una ciencia, compleja por su propia naturaleza con una coherencia en la relación de lo infinitamente pequeño y lo infinitamente grande. Entre la complejidad y simplicidad existe un tercero incluido: el sujeto mismo. Los elementos de la complejidad se vuelven parte de la naturaleza: continuidad, casualidad y determinismo.

Mejía, Ortíz, Ramírez y Salas refieren que las instituciones académicas del nivel superior tienen como principal propósito “egresar

profesionistas competentes, altamente calificados para saber actuar frente a retos actuales en escenarios cambiantes, donde el comportamiento es dinámico e indeterminado” (Mejía, Ortíz, Ramírez y Salas, 2014: 252). La incertidumbre es alta y demandante, principalmente: creatividad, innovación, habilidades de pensamiento complejas, con el objetivo de resolver problemáticas cotidianas. Axiológicamente, la mayor preocupación son aquellos estudiantes y egresados en plena actividad profesional, que desarrollen y pongan en acción aquellas competencias que los lleven a conducirse orientados por las más estrictas normas éticas, sobre la base de un pensamiento y actitud críticos.

Conclusiones

La educación en general es un deslumbramiento hacia lo nuevo, por lo tanto, pensar en el surgimiento de una “nueva humanidad” es posible. La bioética global y el pensamiento complejo como saberes que van más allá del positivismo buscan a partir de formas personales, inter-personales, culturales e inter-culturales, institucionales e inter-institucionales, inter y transdisciplinarios la búsqueda hacia la “nueva humanidad” (Maldonado, Osorio y Delgado, 2013: 40) Una relación distinta a la actual del hombre con los sistemas biológico-culturales, ya que el hombre no sólo hace parte de estos sistemas, sino que depende de ellos para su supervivencia. De ello, la inminente urgencia de pensar en una educación para una bioética transdisciplinaria. ☞

Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho, Naomar (2006) Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones, Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanus, vol. 2, No. 2, mayo-agosto, 123-146, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&nrm=iso.
- Belló, M., et.al. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública SSA. México.
- Calas, F., Reynaud, C., Caussidier, C. (2012) “Éducation a la santé et pensée complexe: une approche globale pour la formation des enseignants”, Recherches en didactique des sciences et des technologies, No. 5, 106-130.
- Carrizo, L. (2004). “El investigador y la actitud transdisciplinaria. Condiciones, implicancias, limitaciones”, Transdisciplinariedad y Complejidad en el Análisis Social. Programa MOST, París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Documento de debate No. 70, pp. 46-65.
- Casado, M. (compiladora) (2007) Nuevos materiales de bioética y derecho, México, Editorial Fontamara.
- De Freitas, L., Morin, E., Nicolescu, B. (1994) Carta de la transdisciplinariedad. Convento da Arrábida Portugal.
- De Sousa, B. (2009). Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social, México, Siglo XXI, Flacso.
- Feliú Giorello, M. (2003) “Entrevista con Edgar Morin”, Biblioteca de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo, pp. 1-2, 4, <http://www.iadb.org/etica>.
- Fernández-Carrión, M-H. (2014a) “Migración e imagen: De la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad”, María del Rosario Guerra Gonzalez (coordinadora) Debates éticos con metodología transdisciplinaria, México, Plaza y Valdés Editores, 187-227.
- Gómez Marín, R., Jiménez, J. A. (2002) “De los principios del pensamiento complejo”, M. A. Velilla (compilador) Manual de iniciación al pensamiento complejo, ICFES (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior), Unesco, pp. 116-120.
- Internet.org (2015) 2/3 de la población mundial no tienen acceso a internet, <https://internet.org>.
- Kottow, M. (2010). “Bioética: una disciplina en riesgo”, Revista Redbioética/UNESCO, 1 (1) pp. 159-173.
- Maldonado, C. E. (2003). “Bioética y sociedad del conocimiento”, Bioética, Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS), Bogotá, Ediciones El Bosque, pp. 25-46.
- Maldonado, C. E. (2007). “Bioética, biopolítica, bioderecho y bioeconomía: panorama práctico sobre la bioética”, Bioética y biojurídica, Tunja, Uniboyacá, pp. 42-53.
- Maldonado, C. E. (2008). “Complejidad de la salud: interacciones entre biología y sociedad”, Morales, M. C. (eds)

- Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, pp. 96-108.
- Maldonado, C. E. (2009). "La complejidad es un problema, no una cosmovisión", UCM Revista de Investigación, 13. pp.
- Maldonado, C. E. (2013). Significado e impacto social de las ciencias de la complejidad, Bogotá, Ediciones desde abajo.
- Maldonado, C. E. y Gómez, A. I. (2005). "¿Qué es investigar en bioética?", Maldonado, C. E. y Gómez, A. I. (comps.) Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas, Bogota, Universidad El Rosario, pp. 23-39.
- Maldonado, C. E. y Mezza-García, N. (2014) Introduciendo la complejidad en la política y las relaciones internacionales, Bogotá, Editorial Universidad del Rosario, Documentos de Investigación, 42.
- Maldonado, C. E., Osorio, S. N. y Delgado C. J. (2013). Ciencias de la complejidad desarrollo tecnológico y bioética ¿para qué sirve la bioética global?, Bogota, Universidad Militar Nueva Granada.
- Manzatti, M. Á. (2010). "Investigación transdisciplinaria en ética moderadora de la importación de políticas bioéticas globales", Revista Colombiana de Bioética, 5 (2), pp. 154-163.
- Márquez, O., Veytia, M., Guadarrama, R. y Delgado, K. (2011). "Introducción a la bioética", Márquez, O., Huitrón, G. G. y Veytia, M (coord.) La bioética en el siglo XXI, una práctica en la incertidumbre, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Martínez, L. (2011). "Para que nadie se quede atrás ¿Es posible una educación verdaderamente democrática en el marco de una sociedad liberal?", La razón recuperada. Ensayos de filosofía moral y política, Madrid, Fundamentos, pp. 107-142.
- Martínez, M. (2009). "Hacia una Epistemología de la Complejidad y Transdiscipliniedad", Revista Utopía y Praxis Latinoamericana, 14 (46), pp. 11- 31.
- Mejía, A., Ortíz, M. J., Ramírez, A. C. y Salas B. (2014). "Hacia un Comité de Ética de Investigación, Docencia y Bienestar animal (CEIDBA) en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMNSH); Morelia, Michoacan, México", Bioética para la toma de decisiones. Parte I. Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), Santiago de Chile, FELAIBE.
- Montalvo, J. V. (2013). Una visión bioética de la inter, multi y transdiscipliniedad de la educación general universitaria. (V Simposio Internacional de Estudios Generales. 6, 7 y 8 de noviembre de 2013, en la Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras), Red Internacional de Estudios Generales (RIDEG).
- Montt, J. (2000). "La importancia de la bioética en la formación profesional", Bioética, la calidad de vida del siglo XXI, Bogotá, Ediciones del Bosque, pp. 17-39.
- Morin, E. (2010) Mi camino: la vida y la obra del padre del pensamiento complejo: Edgar Morin conversa con DJéname Kareh Tager, Barcelona, Gedisa, pp. 163-186.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) ([2015]) Conversaciones sobre eSalud, http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=category&id=40&lang=es.
- Pauttasi, J. S. (2006). "Bioética, transdiscipliniedad y educación en el desarrollo de la condición moral humana", Revista de la Universidad de la Salle. 42, pp 102-108.
- Pfeiffer, M. L. (2014). "Bioética ¿para qué? De la utilidad de la bioética", Revista Redbioética/UNESCO, Año 5, 1 (9), pp. 51-64.
- Ramis Andalia, R. M. (2007) "Complejidad y salud en el siglo XXI", Revista Cubana Salud Pública, vol. 33, No. 4., [1-7].
- Salvador, J. L. (2014) "Transdiscipliniedad, complejidad y educación", Guerra, María del Rosario (coordinadora), Debates éticos con metodología transdisciplinaria, México: Plaza y Valdes, pp. 61-87.
- Sánchez, M. A. (2011). "¿Qué es y qué puede esperarse de la bioética?", Márquez, O., Huitrón, G. G. y Veytia, M (coordinadores) La bioética en el siglo XXI, una práctica en la incertidumbre, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 339-350.
- Schmidt, L. (2008). "Reflexiones en torno al currículo. Transdiscipliniedad y diálogo bioétipolítico en el siglo XXI", Revista Educación y Desarrollo Social, 2 (2).
- Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (2012) Declaración de Washington D.C.: Hacia el fortalecimiento de la información y del conocimiento como bienes públicos, <http://www.bvs.org.pe/local/File/Declaracion%20Washington.pdf>.
- Souza Minayo, M. C. de (2008) "Interdiscipliniedad y pensamiento complejo en el área de la salud", Salud pública, vol. 4, No. 1, enero-abril, 5-8.
- Stephens, C. R. (2011) "Lo que no es la complejidad", J. Flores Valdés, G. Martínez Mekler (compiladores), Encuentros con la complejidad, México, Editorial Siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 13-47.
- Torre, S. de la et al. (2007) Transdiscipliniedad y ecoformación: una nueva mirada sobre la educación, Madrid, Universitarias.
- (2014b) "Universidad transdisciplinar", Miércoles FA, Arquitectura y urbanismo como espacio transdisciplinar, Facultad de Arquitectura de la Universidad Nacional Autónoma de México, <https://www.youtube.com/watch?v=5BIYKLOWAqU>.
- (1997) El método: I La naturaleza de la naturaleza, Madrid, Cátedra.
- (1999) Los siete saberes necesarios a la educación del futuro, París, Unesco, pp. 15-16.
- (2003). Introducción al pensamiento complejo, Barcelona, Paidós.

El desafío de no hacer daño

Fecha de recepción: enero 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Eduardo Muciño Velásquez

Responsable Jurisdiccional de Farmacovigilancia
de la Jurisdicción Sanitaria Tenancingo

Resumen: entre 1932 y 1972 se realiza en la ciudad Estadounidense de Tuskegee, ubicada en el estado de Alabama a través de los Servicios Públicos de Salud un estudio entre 600 aparceros afroestadounidenses, mismo que describiría la progresión natural de la sífilis, esto con el objetivo de verificar si los tratamientos médicos eran efectivos, ya que en aquellos días los tratamientos para tratar la sífilis eran altamente tóxicos y nulamente efectivos.

Palabras clave: Tuskegee, Alabama, sífilis, bioética, abuso, fallecimiento, penicilina, enfermedad crónica, dolor, derechos humanos.

Introducción

A manera de introducción, reseñaré algunos hechos históricos acontecidos en el año 1932 para ponernos en contexto del tema que pretendo desarrollar.

El 22 de febrero Adolfo Hitler se presenta como candidato a la presidencia de Alemania por el partido Nazi, el 24 de febrero las cortes de la segunda República Española aprueban la ley del Divorcio; el 10 de abril en Alemania es reelecto el presidente Paul Von Hindenburg quien había derrotado por amplia mayoría a Adolfo Hitler en la segunda vuelta de elecciones presidenciales alemanas. El 1º de septiembre, las tropas Colombianas expulsan a las tropas Peruanas de Tarapaca (Amazonas) y comienza la guerra entre Perú y Colombia, (finalizando el 25 de mayo de 1933); el 9 de septiembre inicia la batalla de Boquerón, (primera batalla de la Guerra del Chao entre Bolivia y Paraguay); se crea el reino de Arabia Saudita. En Estados Unidos es elegido por primera vez Franklin D. Roosevelt como presidente; en el campo de la medicina, se coloca el primer marcapasos artificial, así mismo se llevan a cabo los juegos Olímpicos en los Ángeles, siendo estos algunos de los acontecimientos en el mundo mientras se llevaba a cabo el estudio de investigaciones de la historia natural de la sífilis, en el que se eligieron 600 pacientes de origen afroestadounidense de sexo masculino, de los cuales, antes de iniciar el estudio, 399 estaban infectados con sífilis y 201 varones sanos; para no generar malestar social se decidió incluir personal afroamericano, como el Dr. Dibble y la Enfermera Rivers, quienes fueron elegidos como ejecutores de estas terapias, realizadas en Tuskegee.

Los efectos de este estudio se continúan evidenciando hasta la fecha, ya que propició la protección legal de los pacientes participantes sometidos a estudios clínicos para evitar atrocidades como la acontecida en Tuskegee, Alabama. La violación a sus derechos humanos radicó en la falta de

aplicación del consentimiento informado, en el engaño en cuanto a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ya que les informaron que habían adquirido un mal llamado “mala sangre”; y, que al acceder a este estudio, recibirían tratamiento médico, transporte a los hospitales, alimentación y gastos funerarios en caso de fallecimiento, totalmente gratis.

Una justificación para realizar el estudio es que en 1929 Estados Unidos presentó una gran depresión económica, que hundió al país en una extrema hambruna. Además de que la Fundación Rosenwald cortó el apoyo económico para los estudios de investigación, por lo que los investigadores se vieron forzados a improvisar pacientes de bajo costo, con falta de preparación y conocimientos y de extrema pobreza para concretar el objetivo. Debido a estos factores la impunidad fue absoluta.

Otro de los factores que facilitaron la realización del estudio fueron las promesas realizadas por los médicos; una de esas promesas fue la curación total de este padecimiento; otro factor fue que muchos pacientes del estudio ya se encontraban infectados, esto motivó a la población del Condado de Macon a aceptar el tratamiento, teniendo fe ciega en los médicos que con buena cara y una gran sonrisa conquistaron la confianza de la población.

El tratamiento médico con el cual se trataba a los pacientes con sífilis tenía baja efectividad y causaba más efectos nocivos que beneficios a la salud, nos referimos al bismuto, neorsfenamina y mercurio, que por su alta toxicidad se abandonó el tratamiento; fue hasta 1942 cuando se inició el tratamiento con penicilina, mejorando el pronóstico de los pacientes.

Referente al principio médico de no causar daño, los médicos tratantes no tenían intención de curar a la población; inclusive uno de los médicos declaró que “ellos no

tenían más interés en los pacientes una vez que hayan muerto”, ya que la intención era comparar la manifestación de la enfermedad en los negros con los blancos, en el supuesto que los blancos experimentan más complicaciones neurológicas que los negros; así mismo, se suponía que los negros tienen mayor susceptibilidad a daño cardiovascular.

Con los experimentos realizados, se violaron los derechos humanos, ya que vulnera el derecho a la salud así como el derecho a la vida, evidenciando una violación flagrante a estos derechos por parte de las Instituciones de Salud, dándose situaciones de abuso, falta de sensibilidad, menosprecio, y un trato discriminatorio hacia la raza y a la clase social baja.

Al finalizar la investigación en 1972, después de cuarenta años de estudio, el resultado fue 28 participantes fallecidos a causa de sífilis; mientras que 100 más presentaron complicaciones relacionadas con la sífilis y 74 sobrevivientes. Las esposas de los estudiados no estuvieron exentas de presentar la enfermedad ya que 40 fueron infectadas, así como 19 niños tuvieron una infección vertical de la enfermedad, presentando sífilis congénita.

Además, en las autopsias se revelaron los efectos de la sífilis terciaria, tumores, enfermedades cardíacas, parálisis, ceguera y muerte.

Por desgracia únicamente el 3% del total de las personas dentro del estudio mostraron algún grado de avance, debido a que la mayoría de los tratamientos fueron remplazados con la llamada “medicina rosa” (ácido acetil salicílico y aspirina).

Conclusión

Este estudio fue uno de los más sombríos de la historia de Estados Unidos ya que no existió algún resultado que pudiese ser empleado para el tratamiento de la sífilis.

Sin embargo, sirvió como punta de lanza en la formación del Centro Nacional de Prevención de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, Enfermedades de Transmisión Sexual, y Tuberculosis del CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

También sirvió para fundar las bases del consentimiento bajo información, y se creó la Comisión Nacional para la Protección en Materia de Investigación Biomédica y del Comportamiento Humano, encargada de identificar las conductas y principios de la investigación asegurándose que proteja los derechos y dignidad de los participantes.

Asimismo, se normaron que los estudios realizados en humanos tuvieran un protocolo, el cual debía ser revisado por un grupo institucional, mismo que decidía si el estudio cumple estándares éticos.

En 1991, dieciséis agencias federales de Estados Unidos adoptaron una política de Protección en Temas Humanos. En 1995, el presidente Bill Clinton creó la “National Bioethics Advisory Commission, con lo que se mejoró la protección de los derechos humanos y el 16 de mayo de 1997, en la Casa Blanca, Clinton presentó en cadena nacional una disculpa del gobierno a todos los hombres y mujeres implicados en el estudio y a sus familiares, otorgándoles una compensación financiera. ¶

Referencias bibliográficas

-<http://www.infoplease.com/ipa/A0762136.html>.

-<http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>.

-<http://www.cdc.gov/tuskegee/after.htm>.

Biopoder, bioderecho y bioética

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Claudia Eugenia Sánchez Hernández

Profesora del Posgrado en Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán y Licenciatura en Derecho en la Universidad Anáhuac

Resumen: la capacidad de la ciencia en incidir en la vida humana, es una dualidad: esperanza-amenaza, que representa también una forma de biopoder. Ante ello, aparece como necesaria su regulación dando paso al bioderecho, cuyo discurso encuentra en la bioética su fuente de legitimación.

Palabras clave: biopoder, bioderecho, bioética, ideología, ciencia.

El biopoder

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, el desarrollo científico posibilitó la intervención humana en procesos biológicos tales como la natalidad, morbilidad, longevidad, fecundidad, etc. Intervención que puede darse para bien o para mal.

Según advirtió Foucault este fenómeno, más allá de su aspecto individual hombre/cuerpo, precisa ser analizado como un ejercicio masificador dirigido al hombre/especie; pues, a partir de éste, lo biológico cobró la forma de poder, un poder político-económico-productivo, sobre la base de una gestión calculadora de la vida en fenómenos que si bien individualmente resultan impredecibles, de forma global permiten establecer estimaciones estadísticas o medidas reguladoras, a partir de las cuales es posible ejercer un “racismo interno” (Foucault 1977, 2000).

Este “racismo interno”, que conforme al filósofo francés puede ejercerse a partir del “biopoder”, hace referencia a la posibilidad de incidir en la población y generar en ella niveles de equilibrio, a partir de la aplicación del conjunto de tecnologías aseguradoras-regularizadoras de la vida que la ciencia pone a disposición. Es en este sentido que afirmó “cuando hablo de dar muerte no me refiero simplemente al asesinato directo, sino también a todo lo que puede ser asesinato indirecto: el hecho de exponer a la muerte, multiplicar el riesgo de muerte de algunos o, sencillamente, la muerte política, la expulsión, el rechazo, etcétera” (Foucault, 2000).

Esta nueva forma de poder permite, por tanto, “hacer vivir” o “dejar morir”. El que se ejerza una u otra modalidad, depende de la racionalidad que guie la selección y ésta a su vez a los objetivos sociales que coexistan en una sociedad.

Estos objetivos, sin embargo, no son únicos ni uniformes. La complejidad de las relaciones

sociales y de los intereses que en ella se debaten (ya sean orden social, político, económico, moral, etc.), genera una constante relación de poder y resistencia a éste.

El biopoder aparece aquí como un arma de lucha que puede ser usada en el entramado de este poder-resistencia, que se soporta en el discurso que se construye a partir de la ideología que lo legitima.



Ideología y biopoder

Así podemos apreciar que en el siglo XIX, con el predominio de la ideología liberal, el crecimiento poblacional resultante de la incorporación de nuevas tecnologías en la agricultura, la intervención de la medicina y la higiene pública, permitieron a la sociedad industrial hacer acopio de mano de obra barata necesaria para el desarrollo del capitalismo.

A su vez, la ideología comunista que se gestó con el marxismo y cobró vigor a partir del triunfo de la revolución rusa de 1917, expandiéndose en varios países europeos, China y Cuba, fortaleció el movimiento obrero a nivel mundial, bajo cuya presión se dio el reconocimiento de derechos sociales encaminados a la protección de la salud, la vejez o las discapacidades, entre otros.

En el siglo XX, la política keynesiana luego de

la segunda posguerra, promovió el pleno empleo y el mejoramiento del bienestar material general de la población, de modo que los derechos económicos, sociales y culturales, fueron reconocidos en instrumentos internacionales, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1966 y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado por la Organización de Estados Americanos en noviembre de 1988, con el consiguiente reconocimiento al derecho a la protección de la salud y el establecimiento de instituciones de seguridad social; creándose en el caso de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), y en el Estado de México el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), encargados de proporcionar servicios de atención médica, dotación de medicamentos, salud pública, asistencia social, así como del régimen de jubilaciones y pensiones a sus afiliados.

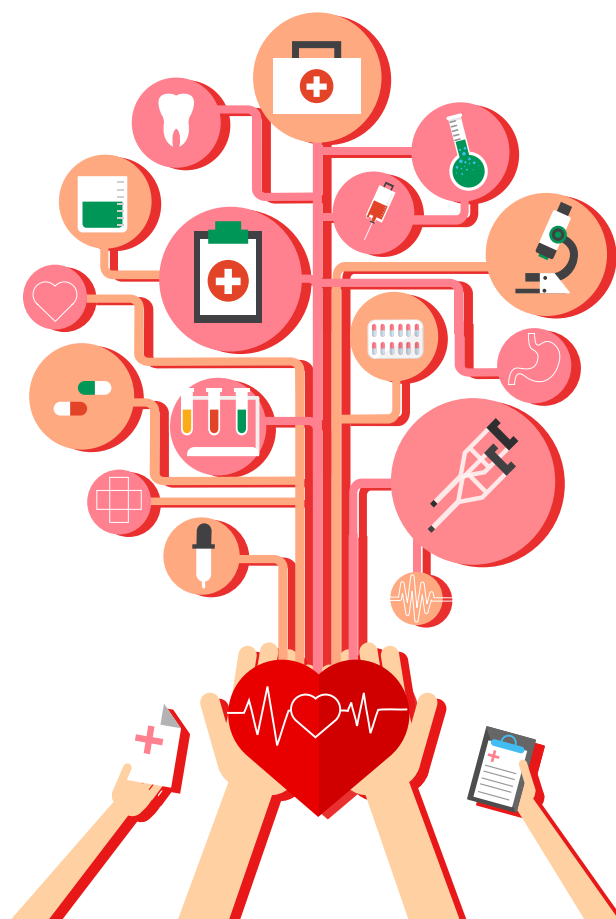
Sin embargo, en el siglo XXI, tras el abandono de las políticas keynesianas del estado de bienestar y bajo el predominio de la ideología neoliberal, conforme a la cual la rentabilidad económica se posicionó como el objetivo primordial, las políticas económicas se encaminaron a la privatización, la desregulación y la reducción del gasto social, impactando especialmente el ámbito de la seguridad social.

El predominio de la ideología neoliberal, base del viraje en la racionalidad que sirve de guía al “biopoder”, en su forma más cruel y extrema puede resumirse en un comentario hecho por el Ministro de Finanzas de Japón, Taro Aso, quien afirmó que la población de la tercera edad representa una carga fiscal

por la atención médica que requiere, por lo que los instó a darse prisa y morirse pronto (Redpress, 2013).

México también se ha visto inmerso en este proceso de tránsito al modelo neoliberal y ha tratado de armonizar su modelo económico a las exigencias globales, por lo que buscando alcanzar el equilibrio fiscal, ha reducido el gasto público destinado a las políticas sociales, ante lo cual los sectores más vulnerables del conglomerado social y quienes eran sus principales destinatarios se han visto afectados (Martínez, 2007).

Esto nos pone de cara a lo que Foucault llamó “racismo interno”, es decir ¿qué se hará vivir y qué se dejará morir? o en otras palabras ¿qué será protegido y qué quedará sin protección? Disyuntiva fundamental en el ejercicio de biopoder.



Bioderecho: ¿legitimación o límite del biopoder?

En este entramado, la ciencia se vislumbra con una doble perspectiva, es a la vez la gran esperanza y la gran amenaza de la humanidad (Amor, 2014, p. 85), pues abre la puerta a la posibilidad de incidir de forma múltiple en fenómenos poblacionales; sin embargo, múltiples son también los intereses en juego. En párrafos anteriores se hizo mención al acceso a la salud y a la seguridad social; a los que puede sumarse la regulación del aborto, de la eutanasia, y muchos otros.



Ante ello aparece como necesario regular en qué casos se permite la intervención humana en fenómenos biológicos y cuál será la dimensión de dicha intervención, de modo que el bioderecho delimita el ejercicio del biopoder, a la vez que funge como referente de exigibilidad, pues fija obligaciones y límites al Estado y expectativas para las personas.

No obstante, cabe advertir que como el bioderecho se configura a partir de la dicotomía protegido/no protegido, la problemática radica en la selección del objeto de protección y su dimensión, es decir ¿qué se protege? y ¿cómo se protege?

Con respecto a la protección de la vejez, ya Foucault destacaba en el curso dictado en el Collège de France en 1976, como un aspecto cuyo control interesaba al poder, la situación de aquellos que por la edad u otra circunstancia quedaban fuera del campo de actividad productiva, respecto de los cuales el Estado introdujo mecanismos alternativos tales como los seguros o los esquemas de ahorro individual y colectivo (2000).

Supuesto cuyo interés para el poder se reafirma a la luz de las pautas dictadas por dos de los organismos internacionales más representativos de la ideología neoliberal, de acuerdo a los cuales se hace necesario reconceptualizar a la vejez y en consecuencia su ámbito de protección. Así, conforme al Fondo Monetario Internacional (FMI), una longevidad inesperada, más allá de lo que recogen las previsiones, constituye “un riesgo financiero” que hace necesario que la edad de jubilación aumente (El Economista, 2012). Por su parte, para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en su estudio sobre el sistema de pensiones de México, se precisa relacionar la edad de retiro, estimada entre 60 y 65 años, con el incremento en la esperanza de vida, que actualmente es de 74.5 años (El Financiero, 2015).

Por otra parte, Giorgio Agamben en *Homo Sacer* (2003), a partir de dos términos griegos delimita sendas categorías de inclusión-exclusión, distinguiendo al *zoé* como existencia orgánica, del *bios* como vida política; afirmando que la “nuda vida”, lo es en cuanto fenómeno biológico hasta el tanto la política “vista” de derechos y obligaciones a esa vida desnuda y dote al *homo sacer* del carácter de ciudadano.

Esta distinción hoy en día cobra relevancia si se analiza a la luz de la exclusión a la población no ciudadana de ciertos servicios, por ejemplo los de salud a trabajadores migrantes, como velada estrategia contra la migración ilegal (Farfan, 2012).

Agamben (2003) identifica otro parámetro de inclusión-exclusión: la necesidad de volver a definir en cada momento el umbral que articula y separa lo que está dentro y fuera de la vida.

Así, la delimitación de la categoría vida dota de contenido a la figura del aborto, ya sea bajo un enfoque personalista, como defensa de la vida y dignidad humana o utilitarista, como interrupción voluntaria del embarazo. En ambos casos con una funcionalidad latente para el ejercicio del biopoder: limitar la explosión demográfica por vía del control de la natalidad (Campillo, s/f).

Homo Sacer permite identificar un tercer parámetro de inclusión-exclusión a partir del texto del jurista alemán Karl Binding denominado *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerter Lebens* (La autorización para suprimir la vida indigna de ser vivida), de modo que el concepto de vida sin valor, se asocia a aquella vida que derivada de sus condiciones de precariedad, pierde la calidad de bien jurídico tanto para el portador, como para la sociedad y cuyo titular desea la liberación: la voluntad ante una situación terminal.

La posibilidad de decidir sobre la vida puede identificarse en figuras tales como la eutanasia, tanto en su vertiente pasiva al retirar los tratamientos que prolongan la vida, como activa mediante una acción positiva que provoca la muerte; o la de consentimiento informado como manifestación de voluntad de que se proporcione o no al paciente tratamientos, medicamentos y cuidados.

Consecuentemente, aquello que se define como enfermedad terminal se sitúa como la base de una ideología inclusiva-excluyente, soportada por una parte en argumentos de dignidad y libertad y en otra, menos visible, de reducción presupuestaria a servicios sanitarios y amortiguamiento de cargas económicas.

Lo anterior nos aproxima nuevamente a las preguntas sobre qué es lo que se protege y de qué manera se hace, lo cual nos enfrenta a un problema más: Que el derecho es un discurso, y como tal es susceptible de apropiación.

¿Qué implica esto? Que tanto aquello que se protege, como la dimensión de su protección puede construirse a partir de una determinada intencionalidad que se gesta en el entramado del poder-resistencia al que se hacía mención en un inicio; que quienes tienen acceso a la construcción del discurso pueden acoger aquellas categorías que son funcionales a sus objetivos y alimentarlas de un cierto contenido ideológico, tras lo cual ya configuradas como norma jurídica asumen un criterio de verdad y de imperatividad social. Esto implica también que la verdad y el contenido del concepto no siempre coincidan, pues la voluntad de verdad no busca descubrirla, sino inducirla; pues la economía política de la verdad, no opera a partir de la correspondencia entre las palabras y las cosas, sino sobre la base de formaciones discursivas que se hacen funcionar como verdaderas.

Al respecto, Foucault (1999) establece:

Por «verdad» hay que entender un conjunto de procedimientos reglados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación, y el funcionamiento de los enunciados.

La «verdad» está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y la mantienen, y a los efectos de poder que induce y que la acompañan, al «régimen» de verdad.

De ahí el problema que se plantea respecto a si el bioderecho se configura como un límite al ejercicio del biopoder, o por el contrario, es un mecanismo de legitimación para su ejercicio.

El bioderecho y la bioética

La racionalidad que figura como guía ideológica para la construcción de las categorías que regula el bioderecho y su dimensión de protección, es aquella que logra imponer su hegemonía en el entramado de poder y resistencia al que se ha venido haciendo referencia.

En este proceso, la bioética ha servido como parámetro para la construcción del discurso jurídico y a su vez se ha alimentado de él para su propia configuración como disciplina, pero creando sus propios objetos, métodos y principios.

En los años 70' la bioética se consolida como disciplina, teniendo un objeto de estudio propio: el bios-ethos o la ética de la vida.

Tres fenómenos específicos se vinculan al nacimiento de esta disciplina i) La defensa de los derechos humanos luego de la posguerra y el movimiento de derechos civiles en Norteamérica, particularmente en el ámbito de la medicina y la salud; ii) El poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico tecnológico para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas; iii) Los problemas de justicia en los sistemas de salud (Tealdi, 2008: 52).

Es por ello, que el método de la bioética es interdisciplinar, pues la perspectiva bajo la que se contemplan los enunciados bioéticos es ética, mientras que los hechos enjuiciados desde tal perspectiva son los que tienen que ver con la vida y el cuidado de la salud (Ferrer, 2013: 266).

A partir de ello, la bioética ha sido fuente de elementos de juicio para orientar la toma de decisiones frente a los dilemas éticos, teniendo como base un conjunto de principios.

Entre ellos, destacan cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress para orientar la bioética prima facie, es decir en

tanto no entren en conflicto con otro de igual rango:

-Respeto a la autonomía: establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas autónomas para tomar decisiones, libre de interferencias externas y limitaciones que impiden hacer una elección.

-No maleficencia: como obligación a no hacer daño o mal intencionadamente, de prevenirlos, evitarlos o rechazarlos y de hacer o promover el bien y prevalece sobre el de beneficencia, porque no permite hacer daño a otros para salvar vidas y evita causar daños y perjuicios.

-Beneficencia: es la adjudicación de beneficios, el análisis perjuicio beneficio y costo beneficio. No causar daño es insuficiente. La beneficencia impele a contribuir con el bienestar y ayudar a las personas de manera activa.

-Justicia: es la garantía de distribución justa de beneficios, riesgos y costos. La Justicia distributiva busca solidaridad social, mediante la distribución igual, equitativa y apropiada de bienes materiales, derechos y responsabilidades (Molina Ramírez, 2011, pp. 12-113).

A tales principios se han sumado otros tantos: dignidad del ser humano, sacralidad de la vida, científicidad (lo que no es científico no es ético), seguridad (ausencia de consecuencias, defectos marginales o de riesgos físicamente dañinos), proporcionalidad (ventajas o beneficios/inconvenientes, riesgos, costos), vulnerabilidad (a mayor vulnerabilidad mayor protección), precaución y desarrollo sostenible (Molina Ramírez, 2011, pp. 12-113).

Ahora bien, en cuanto a la relación de la bioética y el derecho, podemos observar que la primera aporta el mínimo ético básico que a la legislación corresponde respetar (Méndez, 2006), pero a su vez el derecho es fuente de principios que la guían.

Entre los principales documentos jurídicos que aparecen como fuente de principios y procedimientos en materia bioética, se encuentran la Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en 2005 por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO en sus siglas en inglés); la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997; la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos de 2003 y por la Declaración de las Naciones Unidas sobre la clonación humana de 2005, que comparten el principio de dignidad humana como parámetro orientador.

De este modo, las cuestiones bioéticas de mayor trascendencia, son materia del discurso jurídico, que reconoce determinadas categorías que se asumen como verdad en el discurso de la disciplina bioética, al reconocérseles como derecho.

Sin embargo, aunque dichos instrumentos incorporan principios de derecho internacional y su contenido forma parte del soft law o derecho suave, ninguno comporta fuerza vinculante para los Estados.

El hecho de que los principios base de la bioética se encuentren incorporados en instrumentos de tipo declarativo, no vinculante para el ejercicio del poder para sus aplicadores, es una clara limitante a su efectividad. Ello implica para el biopoder más que limitación, legitimación; pues al ser los principios relativos y direccionables de acuerdo a los fines y valores que los orienten, carecen de certeza, previsibilidad y coercitividad, de modo que su efectividad depende de cómo se apliquen a casos concretos.

Ante ello, el nivel de protección que proporcionan es aún de corto alcance; sin embargo, en su dimensión ética, son quizá, una pequeña luz en el camino. ☮

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio, (2003) Homo Sacer, España, Pre-Textos.
- Amor, Pan, José Ramón, (2015) Bioética y bioderecho, Vino viejo en odres nuevos, Instituto Borje de Bioética, Barcelona.
- Campillo Vélez, Beatriz Eugenia, El Bioderecho, una herramienta del Biopoder, Revista Arbil Anotaciones de pensamiento y crítica, España, S/F número 115 [<http://www.arbil.org/arbil115.htm>], consultado en marzo de 2016.
- El Economista, FMI advierte sobre riesgos de que “la gente viva más”, (2012) [<http://eleconomista.com.mx/economia-global/2012/04/11/fmi-advierte-sobre-riesgos-que-gente-viva-mas>], consultado en marzo de 2016.
- El Financiero, OCDE sugiere considerar un aumento en la edad de retiro [<http://www.elfinanciero.com.mx/economia/ocde-sugiere-considerar-un-aumento-en-la-edad-de-retiro.html>], 2015, consultado en marzo de 2016.
- Estrategias de poder, Obras esenciales, Volumen II, (1999) Barcelona, Paidós, p. 55.
- Farfán Fernando; Cizcarra, Ivonne, González, Norma. (2012) Políticas de salud. Estrategia biopolítica para controlar a los migrantes mexicanos en Estados Unidos Migración y Desarrollo, vol. 10; num. 19, México, Red Internacional de Migración y Desarrollo, pp. 3-32.
- Ferrer, Urbano, (2013) Interdiscipliniedad de la bioética: su posibilidad y sus límites, Cuadernos de Bioética, XXIV /2ª.
- Foucault, Michel, (2000) Defender la sociedad, Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- Historia de la sexualidad I (1977). La voluntad del saber, 25ª ed. España.
- Martínez Marca, José Luis, Gasto en desarrollo social en el modelo neoliberal en México 1995-2007: la reorientación del papel del Estado, Economía teoría y práctica, Nueva Época, número 27, julio-diciembre 2007, pp. 95-119.
- Méndez Baiges, Víctor, (2006) Las relaciones entre la bioética y el derecho, Revista de Bioética y Derecho, número 6 - marzo.
- Molina Ramírez, Nelso, (2011) ¿Qué es la bioética y para qué sirve? Un intento de pedagogía callejera, Revista Colombiana de Bioética, Universidad El Bosque, Vol. 6 No 2 - Diciembre de, pp. 12-113.
- Redpres, [<http://www.redpres.com/t4536-ministrodejapon-dice-que-los-ancianos-son-una-carga-y-pidio-que-se-dieran-prisa-en-morirse>] 22 de enero de 2013, consultado en febrero de 2016.
- Tealdi, Juan Carlos, (2008) Bioética de los derechos humanos, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Perspectivas médicas y reporte de casos



El Seguro Popular y la Atención a los Neonatos

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Gabriel J. O'Shea Cuevas
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Resumen: Durante el periodo de enero a diciembre del 2015, se alcanzaron 2.4 millones de incorporaciones de mujeres embarazadas a través de la estrategia embarazo saludable en el país, de las cual el 11.2% correspondió al Estado de México. Se registraron 87.6 millones de consultas en el país, a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. El total de consultas en los menores de 1 año fue de 4.1 millones. Con un egreso hospitalario de 98,350 menores de 1 año. En el Estado de México egresaron por atención obstétrica 83,653 mujeres.

Palabras clave: neonato, enfermedad, consultas, padecimientos financiados.

Para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se contempla en el Anexo I, 2016:

El Catálogo Universal de Servicios de Salud con 287 intervenciones (Salud Pública, Atención Médica General, Familiar y Especialidad, Odontología, Urgencias, Hospitalización y Cirugía General).

El Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos, que cuentan con clave del Cuadro Básico del Sector Salud y se basa en el Sistema de Clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el cual se encuentra conformado por 647 claves.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que contempla 61 intervenciones, las cuales cubren grupos de enfermedades catastróficas.

El Seguro Médico Siglo XXI con 149 intervenciones en menores de cinco años de edad.

En el campo de la Neonatología las acciones preventivas para el recién nacido están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en el apartado de intervenciones de Salud Pública, así mismo se cubre en hospitalización: la atención del recién nacido, el diagnóstico de ictericia neonatal, el diagnóstico y tratamiento del recién nacido pretérmino sin complicaciones, con hipotermia y con bajo peso al nacer. Por otro lado el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC) incluye dentro de sus intervenciones la de Cuidados intensivos neonatales en el Grupo UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), abarcando las subcategorías de peso extremadamente bajo al nacer, del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y de la sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo B.

El FPCGC contempla las malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas del

aparato digestivo (atresia anal, atresia esofágica, atresia intestinal, onfalocele, gastrosquisis y atresia-estenosis duodenal), columna vertebral (espinas bifidas), del aparato urinario (estenosis ureteral, estenosis del meato uretral, extrofia vesical, hipoplasia/dislplasia renal, hipospadias-epispadias, uréter ectópico, estenosis uretral), cardiovasculares (malformaciones congénitas cardíacas).

El Seguro Médico Siglo XXI cubre a los menores de 5 años en cuanto a la atención de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (por ejemplo tétanos neonatal, septicemia no especificada, incluyendo el choque séptico, sífilis congénita, entre otras), es importante señalar que cubre la retinopatía de la prematuridad y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal como los trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer, hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento, otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central, traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo, incluye cefalohematoma, traumatismo del esqueleto durante el nacimiento, traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento, otros traumatismos del nacimiento, hipoxia intrauterina, fístula vesicovaginal, feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre, por ruptura prematura de membranas, por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas, por drogadicción materna, retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal, trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte, asfixia al nacimiento, dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, síndromes de aspiración neonatal, enfisema intersticial y afecciones relacionadas, originadas en el período perinatal, hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal, displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal, otras apneas, sepsis bacteriana, onfalitis con o sin hemorragia leve, hemorragia intracraneal no traumática, enfermedad hemorrágica, enfermedad hemolítica, hidropesía fetal debida

a enfermedad hemolítica, Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas, Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas, coagulación intravascular diseminada, policitemia neonatal, trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido, trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio, alteraciones del equilibrio del sodio y del potasio, Síndrome del tapón de meconio, otras peritonitis neonatales, enterocolitis necrotizante, convulsiones, depresión cerebral neonatal, encefalopatía hipóxica isquémica; así mismo, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas como por ejemplo el encefalocele, estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal, catarata congénita, microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalías de la posición de la oreja, oreja prominente, malformaciones congénitas de la nariz, de la laringe, de tráquea y los bronquios, del pulmón, del intestino, vesícula biliar entre otras malformaciones más.

De acuerdo al Informe de Resultados, durante el periodo de enero a diciembre del 2015, se alcanzaron 2.4 millones de incorporaciones de mujeres embarazadas a través de la estrategia embarazo saludable en el país, de las cual el 11.2% correspondió al Estado de México. Se registraron 87.6 millones de consultas en el país, a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. El total de consultas en los menores de 1 año fue de 4.1 millones. Con un egreso hospitalario de 98,350 menores de 1 año. En el Estado de México egresaron por atención obstétrica 83,653 mujeres.

El Tamiz Metabólico Semiampliado, cubierto por el Sistema de Protección Social en Salud, se define como el estudio que permite seleccionar, diagnosticar y clasificar enfermedades en el recién nacido antes de que se manifiesten. Preferentemente entre cuatro y siete días de vida extrauterina, debe haber tenido por lo menos 24 horas de lactancia.

Los 10 principales padecimientos financiados en el 2015 se enlistan a continuación:

| No. | Intervención | Casos |
|-----|---|---------------|
| 1. | Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte | 4,833 |
| 2. | Taquipnea transitoria del recién nacido | 4,394 |
| 3. | Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas | 4,359 |
| 4. | Asfixia del nacimiento | 3,371 |
| 5. | Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal | 3,258 |
| 6. | Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas | 2,998 |
| 7. | Feto y recién nacido afectado por trastornos hipertensivos de la madre | 2,083 |
| 8. | Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido | 1,367 |
| 9. | Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido | 1,224 |
| 10. | Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido | 1,215 |
| | Subtotal | 29,102 |
| | Otros | 20,705 |
| | Total | 49,807 |

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud.

Permite prevenir secuelas psicomotoras que con el tiempo podrían ocasionar daños graves irreversibles o la muerte, con la finalidad de poder tratarlas, evitando o aminorando sus consecuencias. De acuerdo al informe preliminar del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva al 31 de diciembre se realizaron 128,665 pruebas para hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, 140,568 de fenilcetonuria y 160,035 de galactosemia. Se reportaron 1,343 casos sospechosos. Se han confirmado 12 de hiperplasia suprarrenal congénita, 5 de galactosemia y 2 de fenilcetonuria. Así mismo, durante el 2015

se equiparon tres Bancos de Leche Humana, llegando a 17 Bancos de Leche Humana en el país.

Finalmente mencionar que en el año 2015 se registraron 2,145,199 nacimientos, reflejados en certificado de nacimiento de acuerdo a la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos en 2015. (en línea): Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Fecha de consulta 10 de junio de 2016. ¹⁰



Referencias bibliográficas

-Anexo I 2016, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>.

-Informe de Resultados Enero - diciembre 2015, Sistema de Protección Social en Salud. www.seguro-popular.gob.mx.

-Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2015. (en línea): Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México por la Atención Médica en Hospitales y Centros de Salud del ISEM

Fecha de recepción: octubre 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Vanessa Elibeth González Valdéz

Médico Pasante en Servicio Social en el Centro de Salud del Instituto de Salud del Estado de México, Xalatlaco

Colaborador: Armando González Tenorio

Encargado de Asuntos Médico Legales de la Coordinación de Salud en el Instituto de Salud del Estado de México

Resumen: Introducción: El sistema de salud mexicano, es un sistema complejo, que trabaja constantemente en favor de la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios, empero, cuando las demandas sociales y las necesidades en materia de salud no cumplen con sus expectativas, presentan su queja o demanda.

Material y Métodos: Se realizó un estudio a través de una muestra de 300 expedientes de queja, presentados ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, durante un período de 3 años, siendo un 66% para hospitales y 34.% para centros de salud. **Resultados:** Dentro de los principales motivos de queja: 55% fue por información incorrecta e incompleta del estado del paciente al propio paciente o su familiar; 47.6%, por un tratamiento deficiente y/o una probable negligencia médica; 39% hubo negativa para brindar atención médica a los pacientes. La citada Comisión, resolvió que solo en el 5% del total de las quejas se comprobó la violación a derechos humanos, por lo que emitió 6 recomendaciones. **Conclusiones:** Los principales motivos de queja, deben impulsar el fortalecimiento de acciones dirigidas al personal de salud, destinadas a prevenir y dar solución a los conflictos de origen y con ello fortalecer la imagen institucional.

Palabras clave: queja médica, acto médico, sistema de salud, Comisión de Derechos Humanos.

Introducción

El derecho a la protección de la salud está plasmado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Mexicanos y encabeza el rumbo de las políticas públicas en salud, dando forma a las acciones del gobierno encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud de la población, siendo el Sistema de Salud el responsable de implementarlas; el citado ordenamiento representa el compromiso del Estado para contribuir al bienestar de la sociedad, en el que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, tal y como lo establece el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Cabe recordar que en el sistema de salud mexicano se encuentran tanto instituciones públicas de seguridad social, como instituciones públicas de protección social en salud, en donde también existen instituciones privadas, un sistema de salud un tanto complicado, lo que dificulta el concertar acciones específicas, además de enfrentarse continuamente al dinamismo o crecimiento demográfico y a sus particularidades epidemiológicas; no obstante, creemos que constantemente se realizan esfuerzos para tratar de equilibrar el Sistema de Salud, promoviendo estándares de calidad cada vez más altos en la prestación de servicios médicos, con énfasis en la atención del paciente y su seguridad, además de difundir las acciones para atender las demandas sociales y satisfacer las necesidades de la población; expresadas en particular al acceso posible y fácil de los servicios de salud, al tratamiento médico, calidez y calidad, ajustando y actualizando los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud.

Por otra parte, es importante mencionar que los profesionales de la salud actualmente se

encuentran inmersos en un medio ambiente en el que por una parte se tiene que enfrentar a los avances científico-tecnológicos significativos en la medicina; y por otra, a un entorno adverso y complicado por las quejas o demandas que sufre a diario, contrario a lo que antiguamente el médico era la autoridad sobre el paciente, en donde a él correspondía determinar lo que era mejor para el enfermo, sin que interviniera en las decisiones; el paciente tenía que aceptar las disposiciones del médico, con base en sus conocimientos y experiencia.

Sin embargo, es importante señalar que en la actualidad el acceso universal a todo tipo de información a través de los medios electrónicos de comunicación como es internet, en el que se incluyen numerosos temas de salud; el conocimiento sobre diversas patologías, su manejo y tratamiento están a disposición no solo del médico, sino también del paciente y sus familiares, con la interpretación que ellos mismos puedan darle, lo que ha propiciado un papel más activo sobre las decisiones que han de tomarse en cuanto a su salud. Creando también mayor exigencia de los usuarios y elevadas expectativas en la capacidad resolutoria de los servicios de salud y cuando no hay esa buena comunicación o relación médico-paciente y existe el descontento del usuario, suele recurrir inmediatamente a presentar su queja o demanda ante la autoridad que él considere; es así que las quejas frecuentemente son el resultado de una serie de acontecimientos que deben ser identificados para aprender de ellos y prevenirlos, y que permitan tratar de mejorar la calidad de los servicios de salud.

Material y métodos

Se consultaron los expedientes de queja presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, archivadas en el área de Asuntos Médico Legales de la Coordinación de Salud del ISEM, analizando un total de 300 expedientes en un periodo de 3 años; de 2011 al 2013. Se realizó un estudio

cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y analítico, sobre la inconformidad y en lo que el paciente o sus familiares expresan en su queja, así como del informe emitido por los prestadores del servicio. Del análisis se obtuvieron datos relevantes los que se examinaron a través de una representación sistemática.

Durante el análisis de la queja se tomó en cuenta la perspectiva personal del quejoso, también los informes de respuesta respecto de los hechos motivo de la inconformidad, en los que se explica la actuación del personal médico involucrado, la legitimidad del acto médico y la justificación de las decisiones, con relación a los hechos que les atribuyen.

Resultados

Para el análisis de los 300 expedientes de queja, como criterio de inclusión se verificó que la inconformidad fuera por comparecencia, por escrito o vía telefónica ratificada posteriormente ante la Comisión de Derechos Humanos; se excluyeron aquellas quejas que resultaron del programa de supervisión hospitalaria, realizadas por personal de la propia Comisión, principalmente a los centros de salud, en donde se tiene conocimiento que las inconformidades generalmente son por: el rechazo y maltrato al usuario, la mínima cantidad de fichas otorgadas, el tiempo de espera prolongado, la falta de personal médico y de insumos. También se excluyeron aquellas quejas presentadas en forma anónima.

Los datos que se obtuvieron del análisis de las inconformidades, corresponden a las manifestaciones que quedaron plasmadas en la queja inicial y se deben interpretar como la percepción o apreciación del quejoso por deficiencias en la calidad de su atención, atribuidas al personal médico y/o a las carencias de la unidad médica a la que acude, encontrándose en una condición de desánimo; al respecto, es importante mencionar que cada una de las quejas



fueron analizadas en forma objetiva con una respuesta o informe relacionado con los hechos motivo de la inconformidad, en los que se consignaron los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnadas, mismo que fue enviado al órgano tutelador de los derechos humanos, dando cumplimiento y respuesta a su requerimiento y a la queja misma.

De los 300 expedientes de queja: el 66% fueron presentadas por mujeres, y el 34% por hombres.

De las 300 inconformidades atendidas en el lapso de 3 años; 66.7% correspondió a Hospitales, de estos el 62% a Hospitales Generales; Texcoco con un 11.8 %, le siguieron

Cuatitlán con el 10.5%; el Hospital de Nezahualcóyotl “Dr. Gustavo Baz Prada” con el 8.3 %; los Hospitales “Dr. Salvador González Herrejón” de Atizapán y “Las Américas” de Ecatepec, con el 7.5 % y 7.2%, respectivamente; 47.4% restante lo compartieron a otros hospitales.

El 33.3% de las quejas fueron para las Jurisdicciones (Centros de Salud), de estas la que mayor número de quejas tuvo fue la de Texcoco con 22.9%, le siguió Nezahualcóyotl y Xonacatlán con el 14.7%, cada una; con el 8.1 % Jilotepec y Tejupilco y con el 54.3% otras jurisdicciones.

El 22.5% de las quejas correspondió a Hospitales de Especialidad, dentro de los que se incluyó al Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, mismo que concentró un 45.2%; las Unidades Materno Infantiles 28.5%; el Hospital Perinatal “Mónica Pretelini” 7.5%, y el 18.8 % a otros hospitales.

Finalmente, el 7% de las quejas correspondió a Hospitales Municipales; de éstos, el que recibió más fue Villa Victoria 18.5%, seguido de Huixquilucan con 14.8% y Luvianos 11.1%, un 55.6% a otros hospitales municipales. Cabe aclarar que en la suma de los porcentajes se rebaza el 100% debido a que una queja en ocasiones involucraba 1,2 o hasta 3 unidades medicas; sin embargo, para el porcentaje se toma como base las 300 quejas para los hospitales y centros de salud.

Sobre las especialidades médicas y servicios médicos con la mayor frecuencia de quejas, destaca sin lugar a dudas con 26.3% la especialidad de Ginecología, seguida de Pediatría 17.3%; Medicina Interna 14.6%, Traumatología y Consulta Externa 13.6% cada una; Cirugía 4% y Neurología con 2.6 %, finalmente 20.6 % a otras especialidades.

Motivos: En algunas inconformidades el quejoso refirió una o más situaciones. El 55% se inconformó porque consideró que hubo una información incorrecta e incompleta por

parte del personal médico relacionada con su padecimiento o motivo de su consulta; el 47.6%, se manifestó por un tratamiento incorrecto e inadecuado y/o una probable negligencia médica; en el 39.3 % destaca la negativa para brindar atención médica a los usuarios, situación que predominó a nivel de los centros de salud; 31.3 % de los inconformes refirieron haber sufrido maltrato, dentro de lo que resalta según los quejosos la prepotencia, el despotismo y arrogancia con la que a veces actúa el personal médico, 8.3% de los pacientes se quejaron por discriminación.

Respecto al manejo quirúrgico del paciente; 26 casos: el 61.5% lo calificó como deficiente y el 38.5% se inconformó porque su cirugía fue diferida, lo que originó que el 19.2% de ellas se atendiera en un medio particular con el desembolso económico que representó.



También hubo quejas por deficiencias administrativas; retardo en la atención 16.3%, falta de personal médico 6.6 %, falta de equipo médico 4 %, falta de insumos 3.6%, de espacio físico 2.6%.

Resultados: En el área donde destacan más resultados negativos fue en Ginecología; 59 casos, el 54.2 % de las pacientes se presentaron para parto, 25.4 % para cesárea, 5% para control prenatal y 15.2 % para legrado; hubo un 10.1% de óbitos fetales, el mismo

porcentaje para muertes de recién nacido por problemas de sufrimiento fetal agudo, asfixia perinatal e inmadurez pulmonar; 6.7 % de partos fortuitos y con un 0.5 % una muerte materna por preeclampsia severa.

Pretensiones: la principal pretensión con un 39.3%, los quejosos solicitaban recibir una buena atención; 18.3% solicitó valoración por personal calificado o en otro nivel, el 13.3% el paciente requería una explicación clara; 7.6 % solicitaba adelantar fecha de cirugía, 5.3 % la realización de los estudios pertinentes y finalmente el 5% pedía pretensiones económicas.

Del total de las quejas analizadas durante los tres años, solo 6 terminaron en recomendaciones por la Comisión de Derechos Humanos para el Instituto de Salud, lo que quiere decir que una vez que fueron analizados los informes de respuesta a la queja, las pruebas aportadas y demás evidencias reunidas en la indagación durante el procedimiento, la Comisión resolvió que solo en el 5% de la quejas se comprobó la violación a derechos humanos, en el resto es decir el 95 % de las inconformidades no procedieron o se subsanaron durante la investigación.

Las seis recomendaciones fueron aceptadas; en ellas, se señalan las medidas que proceden para la efectiva conservación y restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado, es así que en la mayoría de ellas como parte de la intención de mejorar los servicios, se incluyó el diseño e impartición de cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, derecho a la salud, principios de ética médica, bioética, atención de los pacientes, así como del conocimiento, manejo y observancia de las principales Normas Oficiales Mexicanas, para el personal de cada uno de las unidades médicas involucradas en las recomendaciones; en este sentido y con la finalidad de dar cumplimiento a las mismas

los cursos fueron impartidos en su momento por personal de la propia Comisión y de la Comisión de Bioética del Estado de México; cabe señalar que la Comisión de Derechos Humanos refiere que las recomendaciones tienen el carácter de públicas y se emiten con el propósito fundamental de contribuir a que los servidores públicos de la entidad y de los municipios se apeguen invariablemente a lo prescrito por la ley, cuyo análisis a fondo sería motivo de otro estudio.

Discusión

El estudio y análisis de la queja no debe centrarse únicamente en la actuación del profesionista de la medicina; sino a una valoración global de la práctica médica en la que se involucre al personal de enfermería, los aspectos administrativos, los insumos, el material y equipo y la infraestructura de la unidad médica.



En este sentido; durante la presentación de la queja médica, en primer lugar se tendría que ofrecer atención apropiada al paciente o usuario y si aún se encuentra hospitalizado, llevar a cabo; las medidas precautorias necesarias, tendentes a garantizar el derecho a la protección de la salud, tal

como es requerido en ese momento por la Comisión de los Derechos Humanos, esto de alguna manera permitirá en el momento corregir las fallas y subsanar la queja, también poder retroalimentar al sistema y propiciar su mejoría. La queja es entonces una manifestación de inconformidad, pero también la oportunidad de corregirla y prevenirla; por lo tanto, el presente estudio no pretende desacreditar a la Institución; más bien, lo que se intenta hacer, es sacar provecho de las quejas, corregir en la medida de lo posible los errores cometidos para que no se repitan.

Se considera que durante la actuación de los profesionales de la salud, estos deben de contar con el respaldo de las áreas locales y materiales o instalaciones de cualquier índole interrelacionadas con los servicios indispensables para la prestación de los servicios de salud, que estén de acuerdo con las normas oficiales que establecen los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica con base en la complejidad de los problemas médicos para los que es organizada dicha unidad médica; sin embargo, es reconocido que existan circunstancias presupuestables inestables y apremiantes que no permitan a veces crear mecanismos efectivos de planeación y control de los mismos, lo que repercute y origina diversas deficiencias técnicas y administrativas, derivándose una responsabilidad no tanto profesional sino más bien institucional.

Como medida para promover una cultura de prevención de la queja y con fundamento en el análisis del origen de las inconformidades, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, difundió las siguientes recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, las cuales se consideran acertadas por lo que a continuación se mencionan:

- Mantener una relación respetuosa con el paciente y su familia
- Informar y obtener consentimiento por escrito, antes de realizar procedimientos

con riesgo.

- Elaborar un expediente clínico completo.
- Actuar con bases científicas y apoyo clínico.
- Proceder sólo con facultad y conocimientos.
- Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo.
- Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo.

Por otra parte, el personal médico debe considerar algunos aspectos relevantes de la Declaración de Ginebra, la cual refiere que en el momento de que el médico sea admitido como miembro de la profesión médica declare: “prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, ejercer mi profesión a conciencia y dignamente y velar ante todo por la salud de mi paciente”, entre otras; y lo dispuesto en el Código Internacional de Ética Médica, que obliga al médico, entre otras cosas, a considerar lo mejor para el paciente cuando préste atención médica, además de que debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Es así que el médico está comprometido a contar con conocimientos actualizados, apoyarse en las guías clínicas y las normas oficiales, con razonamientos y criterios adecuados basados en evidencias y ante todo tomar conciencia de los riesgos y aceptar sus limitaciones, también deben revisar los procesos de asignación de fechas para consultas y procedimientos quirúrgicos y en su caso agilizar dichos procesos; en síntesis, el médico debe fortalecer la seguridad del paciente, tomar mayor conciencia de la difícil tarea que le toca realizar.

Conclusiones

El presente estudio permite dar a conocer cuáles son las causas que originaron el mayor número de quejas ante el órgano tutelador de los derechos humanos de la Entidad, por la atención médica otorgada en las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México y su análisis permitirá de alguna ma-

nera retroalimentar y mejorar el sistema de salud, en sí, de acuerdo con los informes de respuesta, en muchas de las quejas se realizaron o se implementaron acciones tendientes a resolver la problemática planteada, es decir hubo mejoría en la prestación de los servicios de salud.

Dentro de los problemas identificados con mayor trascendencia se encuentra la negación de la atención médica y una mala relación médico paciente, se detectaron en un gran porcentaje de fallas en la comunicación e información, la mayoría de los usuarios clama porque se les brinde una buena atención médica y una información clara y precisa sobre sus padecimientos; en este sentido se hacen algunas propuestas a fin de que la Institución, a través del medio que considere pertinente, instruya a las áreas correspondientes y se puedan desarrollar diversas acciones:

Se debe exhortar constantemente a los profesionales de la salud, a través de los mecanismos que se consideren idóneos, a efecto de que se apeguen a la política que ya existe de CERO RECHAZO, con una valoración inmediata e integral del paciente, detectando oportunamente una urgencia real, cuyo manejo permita obtener la satisfacción del usuario y del profesionista; esto disminuiría el número de quejas y mejoraría la imagen institucional. Convencer a los profesionistas que ante todo son servidores públicos y como tales, deben de cumplir con la máxima diligencia el servicio que les sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause suspensión o deficiencia de dicho servicio, de lo contrario administrativamente serán motivo de la aplicación de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

Fomentar la relación médico-paciente, base de la práctica médica y, por lo tanto, de la ética médica, así como las habilidades de comunicación de los prestadores de servicios de salud, en particular en la comunicación del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de



los pacientes; sabemos que esta relación es una de las más complicadas y urgentes y que está basada en la ética y en la deontología médica; sin embargo, para que exista una buena correlación se debe evitar al máximo las condiciones desfavorables en las que el médico en ocasiones se presenta a trabajar ante sus pacientes: cansado, con prisa, con exceso de confianza, con presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas.

Los resultados señalan áreas particulares en las que el sistema debe ser retroalimentado, más allá de las acciones particulares que deben realizar los profesionales y que se han discutido en el apartado anterior: Lograr elevar la calidad de los servicios de salud que se otorgan a la población en el marco del sistema de salud mexicano, parece una tarea difícil; no obstante y en lo que respecta a la atención médica por los profesionales de la medicina, si ésta se brinda correcta y oportunamente conforme a los conocimientos médicos, a los valores y principios éticos vigentes que permitan satisfacer la necesidad de salud y las expectativas del paciente indiscutiblemente destacaría con mucho esa calidad y se evitarían en gran medida las quejas e inconformidades.☞



Referencias bibliográficas

-Aguirre-Gas H. (2002). La Ética y la Calidad de la Atención Médica, Cirugía y Cirujanos, Vol. 70, N°1, Enero-Febrero.

-Código Internacional de Ética Médica (2006). Deberes de los médicos en General, 57a Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudafrica, Octubre.

-Chertorivski y Fajardo (2012). Sistema de Salud Mexicano ¿requiere una transformación? Gaceta Médica de México; 148:502-8.

-Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1994) 76a Asamblea General de la AMM, Estocolmo Suecia, Septiembre.

-Gamboa Hernández Luis (2001). Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm.20, julio-septiembre.

-Ley de Salud del Estado de México, Capítulo I, Disposiciones Comunes. Artículo 39. Pag 6.

-Moctezuma (2010). La Queja Médica y los Sistemas de Salud, Revista CONAMED Vol.15,Num 4, octubre-diciembre.

-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

-Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

-Prontuario de Legislación Fiscal 2005, Gobierno del Estado de México, Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Pag.567-571, 2005.

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, Art. 48, Pag. 131.

-Revista CONAMED (2001). Recomendaciones Para Mejorar la Práctica Médica, Vol. 7, N° 18, Enero- Marzo.

Fuente informativa en bioética



Métodos de análisis para la toma de decisiones

Fecha de recepción: octubre 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Ana María Millán Velázquez

Responsable Estatal del Programa de Bioética y Secretaria
Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México

La Comisión Nacional de Bioética ha publicado varios documentos muy interesantes para fortalecer la aplicación de la bioética en el campo de la práctica de la salud, por lo que en esta ocasión el documento que les presento se titula: “Métodos de análisis para la toma de decisiones” que permitirá dar elementos para la toma de decisiones fundamentadas en casos con dilemas bioéticos y así fortalecer el quehacer de los Comités Hospitalarios de Bioética

Entre los métodos más relevantes están la Ética de la ley (aristotélico-tomista 1985), la Ética Kantiana, el Utilitarismo, la postura Libertaria, el Personalismo realista, el Principalismo, el enfoque casuístico (Jonsen A. R. 1980), método de deliberación clínica ética de Diego Gracia (Gracia D 1991), toma de decisiones de Thomasma.

Las diferentes metodologías o procedimientos para tomar decisiones éticas podrán clasificarse en dos grandes

grupos: aquellas que a priori los principios éticos deben respetarse (principalista o deontologistas) y otras que consideran que el juicio ético debe establecerse a posteriori una vez evaluadas las consecuencias que se pueden predecir como probables o seguras (consecuencialistas o teleologistas).

La obra de Diego Gracia (Gracia D. 1991) y su propuesta de metodología introduce una jerarquía entre los cuatro principios “canónicos” basándose, por un lado, en un sistema de referencia previo a los principios y, por otro lado, en el distinto grado o fuerza de obligación existente entre esos principios. Este autor justifica la necesidad de combinar la corriente principalista y la consecuencialistas que se dan en toda acción ética, ya que considera un error fundamentar las decisiones éticas de manera dicotómica, pues no pueden separarse los deberes de las consecuencias. Por eso, en el proceso de deliberación, ambos momentos son sucesivos.

En otra obra pública en 1988, P. Thomasma consideraba inapropiado aplicar teorías éticas generales a todos los casos de dilemas bioéticos sin atender a los factores que pueden permitir una elección entre los varios principios éticos que se hallen en el juego. Estos factores, para él, son de dos tipos: los “hechos” (datos clínicos) y los “valores” (del médico, del paciente y de la sociedad), así lo que pretenderá su metodología es articular coherentemente los hechos y los valores al interior de la relación clínica que se establece entre el profesional de la salud y el paciente.

Método Principialista

En 1979, T. L. Beauchamp y J. F. Childress, inspirándose en los principios éticos del informe Belmont publican en su obra *Principles of Biomedical Ethics*, no proponen una nueva teoría moral, sino un sistema para la resolución de casos difíciles al que se puede acceder desde las distintas posiciones filosóficas de base y representa la primera teoría ética de la bioética y su propuesta metodológica se reconoce como “principialismo” porque intenta resolver los problemas éticos del ámbito biomédico ateniéndose a 4 principios:

- Principio de No Maleficencia: no se debe de hacer o promover un daño o perjuicio deliberadamente a otro, sea por acción u omisión. Recoge la clásica consigna latina de la ética médica, “Favorecer o, al menos, no perjudicar”; eso incluye también la adecuación de la relación riesgo-beneficio.

- Principio de Justicia: deben repartirse de forma equitativa entre los miembros de una sociedad, las cargas y los beneficios. Las diferencias sólo se pueden justificar si van en beneficio de todos o de los más desfavorecidos. Se emplean para establecer los criterios de distribución de los recursos limitados.

- Principio de Autonomía: se deben respetar las preferencias de las personas capaces y se debe de promover activamente la expresión de dichas preferencias. Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos de la propia vida y muerte.

- Principio de Beneficencia: se debe de hacer o promover el bien hacia las personas respetando los ideales de “vida buena” de cada una de ellas. Del mismo modo no puede hacerse el mal a otra persona aunque nos lo pida, tampoco se le puede hacer el bien en contra de su voluntad.

Existen otros principios de diversas corrientes más allá de la norteamericana, a considerar como el de solidaridad (no teológica), el de responsabilidad social y el de pertinencia y derechos humanos (Beauchamp y J. F. Childress1979).

Enfoque Casuístico

El método casuista o casuístico propuesto por A. R. Jonsen, M. Siegler y W. J. Winslade es uno de los primeros críticos del principialismo. El punto de partida de éste método no es comenzar estableciendo grandes principios, sino estudiar los casos concretos que plantea la praxis sanitaria. Para estos autores, la bioética es *una disciplina que brinda un enfoque estructurado con el fin de identificar, analizar y resolver las cuestiones éticas que nacen en el campo de la medicina clínica*.

Se emplea aquí el lenguaje de los “casos” y las “máximas”. Afirmando que no existen “hechos” sin “valores” y que no hay modo de juzgar caso alguno desde principios éticos, se procede al análisis de casos concretos (que conjugan los hechos y los valores) desde “máximas” de actuación, las que, en cuanto tales, condensan la sabiduría práctica del momento, siendo de carácter probable y no axiomático.

La experiencia moral es siempre casuística, en el sentido de que el análisis se efectúa desde las máximas y existe siempre más de una máxima aplicable, la deliberación se centra en una ordenación y jerarquización de esas máximas. Jonsen, Siegler y Winslade, desarrollaron este método como un análisis situacional, especialmente de casos clínicos, donde el Principialismo no permite rescatar antecedentes individuales.

Indicaciones médicas

Está relacionado con los principios de beneficencia y no maleficencia. Deben considerarse los aspectos clínicos de acuerdo a las evidencias científicas disponibles. Incluyen una revisión del diagnóstico y las opciones de tratamiento.

Preferencias de los pacientes

En la toma de decisiones es importante considerar los valores del paciente.

¿Ha sido informado, ha comprendido y ha consentido al tratamiento?

El enfermo ¿tiene capacidad?

¿Existen expresiones previas de voluntad?

Si es incapaz, ¿quién lo subroga?

No coopera con el tratamiento, ¿por qué?

¿Cuál es la opinión de los familiares?

Calidad de vida

Ponderar la calidad de vida del paciente es importante en la toma de decisiones difíciles. Al considerar diferentes opciones en el manejo de los enfermos es importante considerar los beneficios de las intervenciones y el impacto en su calidad de vida.

Características contextuales

Todos los encuentros clínicos se producen en un contexto más amplio más allá del médico y del paciente, por lo que es importante incluir a la familia, la ley, la política del hospital, las compañías de seguros, y así sucesivamente.

Estos cuatro parámetros están presentes en todos los casos. En aras de una mayor coherencia, el orden de la revisión de los temas sigue siendo el mismo, sin embargo,

ningún tema tiene más peso que los otros. Cada uno será evaluado desde la perspectiva de los hechos del caso que nos ocupa. La resolución, en cualquier caso particular, dependerá de los hechos de este caso. Después de analizarlo, el personal de salud, puede pensar con claridad acerca de lo que está en cuestión y determinar el mejor curso de acción (The goals of medicine, 1996).

Método de Thomasma

Este procedimiento pretende articular coherentemente los hechos (datos clínicos) y valores (del médico, del paciente y de la sociedad) al interior de la relación clínica que se establece entre el profesional de la salud y el paciente (Pellegrino E, 1988).

- Describir todos los hechos del caso. Investigar cada hecho médico no presente en el caso, pero relevante para su solución.
- Describir los valores relevantes de los médicos, los pacientes, los miembros de la familia, los restantes profesionales de la salud, la propia institución de salud y la sociedad. (No será exhaustiva).
- Determinar el principal valor amenazado.
- Determinar los posibles cursos de acción que puedan proteger en ese caso concreto del mayor número posible de valores.
- Elegir un curso de acción.
- Defender este curso de acción a partir de los valores que lo fundamentan.

Método de deliberación clínica y ética de Diego Gracia

La obra de Diego Gracia y su propuesta metodológica introduce una jerarquía entre los cuatro principios "canónicos" basándose, por un lado, en un sistema de referencia previo a los principios y, por otro lado, en el distinto grado o fuerza de obligación existente entre esos principios. Este autor justifica la necesidad de combinar la corriente principalista y la consecuencialista que se dan en toda acción ética, ya que considera un error fundamentar las decisiones éticas de manera

dicotómica, pues no pueden separarse los deberes de las consecuencias. Por eso, en el proceso de deliberación, ambos momentos son sucesivos (Gracia D 1991).

El método de deliberación propuesto por Diego Gracia tiene por objetivo proporcionar una metodología que permita la toma de decisiones prudentes o razonables. A través de este método se pretende enriquecer el análisis a fin de incrementar la prudencia.

El procedimiento incluye:

1. Análisis de los “hechos” que se presentan en el caso clínico.
2. Identificar los valores. La deliberación tiene por objeto buscar la mejor solución cuando existen conflictos de valores, si no hay conflicto no es necesario deliberar.
3. Los deberes o cursos de acción
4. El marco “jurídico” de la decisión

El actuar médico debe estar guiado por principios y valores que son entendidos como todas aquellas cosas que son importantes para un ser humano y que nos exigen respeto, como lo menciona el documento antes presentado, mismo que da a conocer de manera general los pasos a seguir en cada uno de los modelos.

Esperando que sea de la utilidad en el momento de la deliberación conjunta realizada en el seno de un Comité Hospitalario de Bioética. ☺

Referencias bibliográficas

- Aristóteles, *Ética a Nicomáco* (1985) (edición bilingüe y traducción por María Araujo y Julián Marías), Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, (4ª edición)
- Beauchamp T, Childress J. (1979) *Principles of Biomedical ethics*. New York: Oxford University Press;
- Gracia D. (1991) *Procedimientos de decision en ética clínica*. Madrid; Eudema Universidad. Pellegrino
- Jonsen, A. R., (1980) *Can an Ethicist Be a Consultant?* En Abernethy, V. (ed.), *Frontiers in Medical Ethics*, Ballinger Cambridge.
- Jonsen Siegler, Winslade. (1986) *Clinical Etichs: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: Macmillan Publishing Company;
- Pellegrino E, Thomasma D. (1988) *For the patients´ s good; the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press.
- The goals of medicine: Settin new priorities. (1996) *Hasting Cent Rep*

Espacio libre y cartas al editor



Ningún ser humano tiene derecho a morir solo

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Adriana Anzaldo Gallegos

Responsable Estatal del Programa de Cuidados Paliativos

Hablar de cuidados paliativos no es un tema fácil; sin embargo, el Instituto de Salud del Estado de México ha puesto énfasis en ello y cuenta con un programa de ayuda para los mexiquenses y las familias que tienen un paciente con una enfermedad terminal y/o crónico degenerativa, en el que especialistas les brindan apoyo y ayudan a enfrentar el proceso de duelo para que sea menos doloroso.

Los Cuidados Paliativos no retrasan ni aceleran la muerte, sino constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia, involucrándolos en la enfermedad y haciéndolos partícipes del diagnóstico, lo que les ayuda a vivir sus últimos momentos de forma digna y cómoda, respetando en todo momento sus derechos fundamentales.

En algunos casos, la familia sufre más que el paciente, ya que presentan sentimientos de culpa, desesperación, angustia, miedo y



dolor, lo que los hace incapaces de tomar decisiones, olvidándose de cuál es la última voluntad que su paciente deseaba.

Por otro lado, el paciente paliativo genera sentimientos de inseguridad, ansiedad, confusión, dolor y miedo de dejar a las

personas que ocuparon un lugar importante en el trayecto de su vida y que marcaron una historia, el dejar ciclos sin cerrar, cosas personales sin resolver y la incertidumbre de saber qué pueda pasar, por ello es importante que el paciente tenga una muerte digna, con una buena calidad de vida hasta su último día. Este programa brinda un servicio de calidad y calidez desde el diagnóstico, planes y cuidados de enfermería, terapias psicológicas individuales; así como consejerías familiares en el proceso de duelo. Asimismo, brindan atención médica a pacientes con cardiopatías, esclerosis, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, vih/sida, cáncer, entre otros.

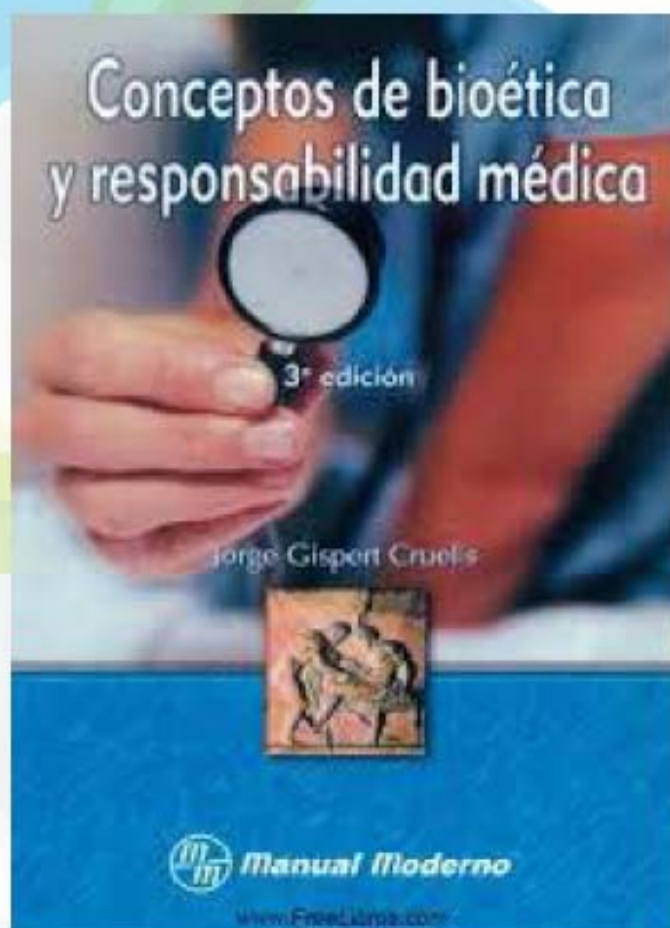
Sabemos que hablar de muerte no es tema fácil y mucho menos afrontarla. Se convierte en algo muy difícil y duro de sobrellevar, cuando uno es pequeño la familia te educa, da reglas, normas, límites, guía para un plan de vida; la escuela te da las armas para crecer profesionalmente, pero ¿quién te enseña a enfrentar la muerte? El programa de cuidados paliativos ayuda a los familiares a superar el dolor que provoca.

El duelo de un paciente terminal es un momento largo y doloroso, la importancia del cuidado paliativo es lograr que la familia se involucre y conozca la enfermedad de su paciente y así juntos enfrenten miedos, culpa, ira, impotencia, frustración, soledad, enojo, dolor, por lo que es importante enseñarles a liberarse y vivir el tiempo necesario con el paciente hasta su deceso.

Cuando no vivimos y sanamos nuestros propios duelos, éstos crecen y se convierten en una conducta autodestructiva, nos conducen a patologías que nos pueden llevar al suicidio; por ello, hay que trabajar nuestras emociones y así lograr una buena salud mental que nos libere del dolor. ☮



Lecturas recomendadas



Conceptos de bioética y responsabilidad médica

Fecha de recepción: abril 2016.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Ana María Millán Velázquez

Responsable Estatal del Programa de Bioética y Secretaria
Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México

Para los trabajadores de la salud y estudiantes del área, es importante contar con instrumentos que le apoyen en la toma de decisiones durante su ejercicio profesional. Sea de la disciplina en la que se desarrolle, es necesario tratar de unificar criterios que sean útiles para el manejo y resolución de dilemas y problemas bioéticos en la práctica médica.

Por lo que recomendamos ésta obra, misma que está dedicada a la profesión médica en ejercicio y en formación, como un esfuerzo para tratar de unificar criterios éticos útiles para desarrollar las actividades, dando un panorama general de la bioética en la práctica médica.

Sabemos de la importancia que el médico tenga una perspectiva bioética, regida por los principios morales, éticos y legales, y que reconozca la influencia de los factores culturales y sociales de la región donde se aplica, porque esto garantiza un personal comprometido desde la profesión y el

conocimiento con sus pacientes, para tratar enfermedades fisiológicas y emocionales, y así obtener un panorama comprensivo desde las ciencias médicas y las expectativas y necesidades del paciente y su familia.

Durante el desarrollo de la lectura de esta obra encontrarás algunas recopilaciones de casos con dilemas éticos, que nos llevan a reflexionar sobre la resolución de los mismos y que deja ver la necesidad que los médicos se preparen en temas de ética clínica que los apoyen en la atención de sus pacientes, sustentado en la bioética y el humanismo; tendencias actuales que reconocen también la autonomía de los pacientes para decidir junto con el trabajador de la salud lo mejor para él. Esto refuerza lo que menciona Jorge Gispert Cruells en este volumen, poniendo este texto como una herramienta auxiliar para consulta y reflexión de la práctica de la medicina en este momento de cambio, que enfrenta dilemas contemporáneos en nuestro país. ☐

Encuentro Nacional de Bioética

*“La aplicación de la Bioética en
el mundo contemporáneo”*

Fecha de recepción: abril 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Marisabel Rivera Jiménez
Responsable Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética



En el Estado de México se observan cambios profundos en la estructura de pensamiento en los trabajadores de la salud, propios de este siglo XXI y tiene que ver con la nueva manera de ejercer la medicina, que se basa en la protección de los derechos humanos y en la observancia de los principios bioéticos, situación que tomó forma a partir de los años setentas y que ya es una tradición mexiquense. En este sentido el Instituto de Salud del Estado de México, a través de la Comisión de Bioética del Estado de México, llevó a cabo el Encuentro Nacional de Bioética, con el lema “La aplicación de la Bioética en el mundo contemporáneo” el día 29 de septiembre de 2016, en las instalaciones del Aula Magna “Lic. Gustavo A. Barrera Graf” de la Escuela Judicial del Estado de México, de la ciudad de Toluca de Lerdo.

En efecto, la aplicación de la Bioética en el mundo contemporáneo es un tema cultural que despierta inquietudes y gran interés, y se requiere del espacio académico para discutir estos asuntos que garantizan el bienestar común y buscan el equilibrio entre las semejanzas y diferencias de las formas de pensamiento, conducta y organización social; por lo que se torna necesario actualmente, ya que la Bioética ha ganado terreno frente a todas las disciplinas, no sólo en países anglosajones, sino también en América Latina, y por supuesto México busca encabezar la lista de países con educación y práctica de la Bioética en el campo de la salud.

Este evento se integró por dos secciones, una de conferencias magistrales y otra por un simposio. La primer sección dio inicio con la conferencia magistral del L. en D. Miguel Ángel Cruz Muciño, con el tema “La importancia de los Derechos Humanos y la Bioética en el ejercicio de los Profesionales de la Salud”, en donde con una extensa explicación pudo definir en qué consiste el derecho a la protección de la salud, como el derecho de todo ser humano a que se le garanticen las condiciones necesarias para lograr su bienestar físico, mental y social, a

través de bienes y servicios de calidad que le aseguren el más alto nivel posible de salud. Así mismo analizó un fenómeno muy importante que viene tipificado en el catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, que consiste en la aparición porcentual de conductas de este tipo y de sus diferentes consecuencias sociales. Además hizo referencia a los puntos más sobresalientes de la Declaración Universal sobre Bioética, en la cual se destacan los siguientes derechos: 1. El respeto a la dignidad humana en las decisiones y prácticas de la medicina; 2. La aplicación de la ciencia y la tecnología observando el respeto a los derechos humanos; 3. El consentimiento informado sobre beneficios y efectos nocivos del tratamiento y sus procedimientos; 4. La No discriminación y; Por último 5. La responsabilidad.



La segunda participación magistral fue por el Dr. Francisco Alberto Ibarra Palafox, que nos ofreció el tema: “La Dignidad como Derecho Humano”, en la cual resaltó la importancia de definir a la dignidad, que en cada persona constituye la base del Estado de Derecho. Ésta deriva del respeto debido a uno mismo y a los demás como seres humanos. Los derechos humanos constituyen la expresión

jurídica de un proceso para proteger, respetar y garantizar una vida digna. Finalizó enfatizando que la dignidad humana no se puede aplicar en mayor o menor medida, sino que debe aplicarse a todas las personas de la misma manera de acuerdo a la ley. La dignidad de la persona humana es universal y los derechos que conlleva deben estar garantizados sin ningún tipo de restricciones.



Acto seguido, inició la ceremonia inaugural del evento, con nuestras distinguidas autoridades, dentro de las cuales encontramos a la Mtra. Erika Salinas de la Torre, Directora General Adjunta de la Comisión Nacional de Bioética; al Dr. Joaquín Mendoza Esquivel, Director General de la Escuela Judicial del Estado de México; al Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México; al Dr. José Pablo Rueda Villalpando, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; a la Dra. Hilda María López Granados, Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social Estado de México Zona Oriente, al Dr. Joaquín Roberto Beltrán Salgado en representación del Dr. Mario Alfredo Jaramillo García, Director de la Facultad de Medicina de la UAEMéx; a la Lic. Lizdah Ivette García Rodríguez, Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad

del Instituto de Salud del Estado de México; al Dr. Guillermo Víctal Vázquez, Director de Educación e Investigación Médica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; al L. en D. Miguel Ángel Cruz Muciño, Primer Visitador de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México; al Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda, Jefe de Prestaciones Médicas, Delegación Poniente del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México y; por finalmente, a la Dra. Ana María Millán Velázquez, Responsable Estatal del Programa de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México.

El mensaje de bienvenida fue otorgado a nombre del Dr. Manuel H. Ruíz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética, por la Mtra. Erika Salinas de la Torre, Directora General Adjunta de la Comisión Nacional de Bioética. Ella habló de la importancia de la Bioética como responsable de la aplicación de los valores éticos y morales en nuestra operación de las instituciones de salud, puntualizando que el conocimiento de la bioética nos da la oportunidad de priorizar en temas de humanidad, ya que a pesar de los avances tecnológicos y la saturación de los servicios de salud, nos permite reflexionar para modificar la conducta humana que garantice una atención digna. Finalizó mencionando que aplicando los valores humanos y principios bioéticos generamos los servicios de salud que merecemos, como un compromiso del personal de salud y de nuestra Institución.

Posteriormente, tomó la palabra el Dr. José Pedro Montoya Moreno, Coordinador de Salud del Instituto de Salud del Estado de México, quien inició su discurso reconociendo el liderazgo de nuestro Estado en el campo de la aplicación de la Bioética a nivel nacional. Recalcó que el lema “La aplicación de la Bioética en el mundo contemporáneo”, le parece más que oportuno, analógicamente lo comparó con una esfera en la que la Bioética es complementaria de la calidad, visto desde



la visión más antigua de la práctica médica y provisión de servicios de salud; en el centro vital gravita un aspecto tan sensible y crucial como es la atención de otro ser humano, destacando al respecto la solidaridad con el doliente y con el usuario, así como el compromiso a favor de la prevención de problemas de salud.

El mensaje de inauguración fue otorgado por el Dr. Joaquín Mendoza Esquivel, Director General de la Escuela Judicial del Estado de México, precisando el fuerte interés personal en apoyar a la Secretaría de Salud y a la Comisión de Bioética del Estado de México a llevar a cabo éstos eventos, que engrandecen no sólo al gremio médico, si no, a todo aquél que sea poseedor de éste conocimiento, ya que como en la Medicina como en el Derecho, la Bioética fundamenta y avala el humanismo que éste momento histórico necesita, tanto para servicios de salud dignos, como en materia legal y de los derechos humanos. Enfatizó en que seguirá brindando el apoyo necesario para poder ser parte de los logros

de la Bioética en nuestro estado. Acto seguido, dio las palabras que inauguraron los trabajos del Encuentro Nacional de Bioética “La aplicación de la Bioética en el mundo contemporáneo”.

Al finalizar la ceremonia de inauguración la saxofonista Berenice Pavón, integrante del Conservatorio de Música del Estado de México, amenizó con su gran talento e interpretación musical con algunas melodías en tono de jazz y funk, dando un toque artístico al evento.

Continuando con el programa académico se presentó la Conferencia Magistral a cargo del Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, con el tema “La Relación Médico-Paciente en la Nueva Forma de Ejercer la Medicina”; su charla invitó a la reflexión dirigida a trabajar en las nuevas relaciones entre los médicos y no solo los pacientes, sino también con los familiares de éstos; mencionó que aunque no es deseable, la relación paternalista de algunos médicos con sus pacientes, es inevitable y no solo inevitable sino deseable ya que muchos

pacientes la desean, e incluso la solicitan, es en éstas ocasiones y en las obligadas como en estado de urgencia médica, que están justificadas y son válidas éste tipo de relaciones. Sin embargo, invitó a dejar de lado éste modelo en la medida de lo posible y lograr mejorar la relación en la cual, ambos: médico y paciente, puedan interactuar con responsabilidad, y lograr, la mejor decisión para mejorar la salud del paciente.



Como punto final del programa se inicio el Simposio “La Bioética en el mundo Contemporáneo” en la cual, participaron el Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz, con su intervención “La Bioética ante la Voluntad Anticipada”; la Dra. Hilda Vargas Cancino, con “La No Violencia y su Conexión con la Bioética desde una Perspectiva de la Educación Ambiental”, y por el último pero no menos importante, la participación del Dr. Ángel Alonso Salas y su charla “El papel de la Bioética en la Conducta Suicida en Nuestros Tiempos”, temas de gran interés, que despertaron en los participantes tal entusiasmo que resultó casi imposible terminar el debate.

En el acto de clausura la Dra. Ana María Millán Velázquez, Responsable Estatal de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México, brindó el mensaje de despedida, agradeciendo la presencia y permanencia de más de 450 asistentes al Encuentro, además de reconocer el gran interés que se tiene en Bioética en la actualidad y exhortó a continuar participando en estos eventos para lograr que los servidores públicos y privados puedan acceder a una cultura de la Bioética, por el bien propio y de la sociedad de nuestro Estado. ☩

3^o Reunión Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación

Fecha de recepción: julio 2016.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2016.

Erendira Natalia Calderón Guzmán
Responsable Estatal de Comités de Ética en Investigación

Tras once años de haber introducido la bioética en el quehacer sanitario del Estado de México, y la cual ha constituido un apoyo esencial para la resolución de dilemas que puedan generarse en todo proceso de atención en salud y en donde entran en juego el conflicto de valores, que permiten evaluar los requisitos éticos, basados en el respeto a la dignidad humana propia de la relación clínica del profesional de la salud con las personas ingresadas y sus familias, con el fin de mejorar la calidad de la atención de los sistemas de salud. Así mismo en un contexto de globalización e inmersos en los avances científicos y tecnológicos y socioculturales, la bioética ofrece un enfoque multidisciplinario para enriquecer el análisis de los dilemas que se suscitan en la investigación con seres humanos, principalmente en el campo de la biomedicina y el desarrollo de las políticas públicas, con el objeto de fortalecer los mecanismos institucionales que promuevan el respeto y la protección a los sujetos de investigación en salud, por encima de intereses científicos, políticos, profesionales y comerciales entre otros.

La Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Bioética y las Comisiones Estatales de Bioética, han impulsado la integración y el funcionamiento de los CHB y CEI, en las instituciones de salud públicas y privadas. Asimismo ha establecido mediante la Guía nacional para la Integración y Funcionamiento de ambos Comités, los criterios para el desarrollo de las actividades y la capacitación de los miembros de los cuerpos colegiados.

Por tal motivo y por tercer año consecutivo la Secretaría de Salud del Estado de México, la Comisión Estatal de Bioética en coordinación con la Comisión Nacional de Bioética convocaron a la “III Reunión Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación” teniendo verificativo en el auditorio “Ing. Salvador Sánchez Colín” dentro de las instalaciones del conjunto SEDAGRO, el día 16 de junio de 2016, al cual

acudieron un aproximado de 350 personas, entre miembros de los comités, y personal de salud de los diferentes establecimientos del Instituto de Salud del Estado de México y de otras instituciones de salud del estado tanto públicas como privadas.

El programa académico dio inicio con la



participación de la M en C. Arelly Cerón Sánchez, quien impartió la conferencia “La importancia de los Comités de Ética en Investigación” e inició su plática exponiendo desde el ámbito de la Comisión Nacional de Bioética el papel que ésta ha tenido en el establecimiento de Normas Nacionales, en materia de Bioética y al análisis y su participación en las modificaciones de la Ley General de Salud, construyendo una plataforma más sólida para la integración de los Comités de Bioética, con el principal objetivo de generar una cultura bioética, que beneficie la calidad de la atención de los servicios de salud. Habló también de los antecedentes de la investigación científica en seres humanos y los momentos históricos que hicieron necesario la introducción de los principios bioéticos en la vigilancia de la investigación científica y la creación de los Comités de Ética en Investigación como órganos colegiados que apoyen dicha vigilancia, comentó también sobre los procedimientos que deben seguir los CEI’s para la revisión de los

protocolos de investigación fundamentados en los principios éticos que establece la Declaración de Helsinki que actualmente se encuentran vigentes en la normatividad internacional. Mencionó que los desafíos a los que se enfrentan los CEI's en la actualidad es la profesionalización de sus integrantes, así como el establecimiento de redes entre los involucrados en las investigaciones, para garantizar la seguridad, bienestar y beneficios de los sujetos de investigación; concluyó que se están fortaleciendo a las Comisiones Estatales así como generando vínculos con otras instituciones, para lograr la formación básica en bioética de los integrantes de CHB y CEI, así como al personal de salud y público en general.

El segundo punto en el orden del día fue acotado por la presentación de la Dra. Karen Aguirre Albrecht, quien es jefa del departamento de Comités Hospitalarios de Bioética, en la Comisión Nacional de Bioética y quien presentó el tema "La importancia de los Comités Hospitalarios de Bioética" mencionó que los Comités Hospitalarios de Bioética son espacios de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y tolerancia; donde se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que surgen durante el proceso de atención médica y docencia, comentó que éstos se conforman como órganos autónomos, institucionales, interdisciplinarios y de carácter consultivo que no les corresponde la toma de decisiones, sino que se limitan a asesorar, a orientar u opinar a manera de un apoyo al equipo de salud para lograr el mayor bien para el paciente, se refirió también que en cuanto al análisis de casos bioéticos no existe una metodología ética perfecta, que debe elegirse la apropiada de acuerdo a la situación, pero nada sustituye el diálogo franco, sincero, independiente, respetuoso y honesto teniendo siempre como objetivo claro el beneficio del paciente. Con esto concluyó su participación despidiéndose de los presentes.

El siguiente punto en el orden del día fue la

presentación plenaria por parte del Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz, Doctor en Bioética y catedrático titular de la Universidad Autónoma Metropolitana quien presentó "Los Desafíos de los Comités de Bioética" y quien inició haciendo una diferenciación entre los términos de *Microbioética* haciendo referencia a las decisiones que se toman sobre la persona, bioética clínica, gen-ética y biotecnología, *Mesobioética* decisiones institucionales, estructurales, sobre políticas públicas en salud, gestión de recursos, ética de las organizaciones sanitarias y *Macrobioética* decisiones globales (ecoética, justicia, relaciones entre bioética y biopolítica, posibilidad de una bioética cívica mundial Posteriormente se hizo las siguientes preguntas: ¿Deben existir los comités de bioética?, ¿Cuáles deben ser las funciones de estos comités? y ¿Cuál debe ser la estructura de estos comités? a las cuales respondió comentando que la existencia de los Comités de Bioética desde la perspectiva de diferentes corrientes o puntos de vista pudiera percibirse como inútil o ineficaz por la problemática aún presente de la falta de profesionalización de los mismos, y la falta de sensibilización o concientización en términos de bioética del resto del personal de salud de las diferentes instituciones o áreas de salud públicas o privadas que conforman el sistema nacional de salud. Por otro lado en cuanto a las funciones de los Comités hizo la diferenciación clara que los CHB's NO analizan dilemas de ética profesional, ni problemas jurídicos del personal o del hospital, ni tampoco la toma de decisiones es parte de sus funciones, resaltó que las funciones de los CHB's son educativa, consultiva y normativa y de asesoría sobre la posible resolución de dilemas bioéticos. Habló también sobre los desafíos futuros que enfrentaran los comités tanto hospitalarios de bioética como de ética en Investigación que serán el registro formal, la evaluación de los mismos y la acreditación de éstos, concluyó así su presentación agradeciendo a los presentes.

Finalmente los asistentes se separaron en dos



grupos CHB's y CEI's en aulas independientes de trabajo, en donde con la coordinación de los responsables nacionales de ambos comités continuaron trabajando con información específica de cada uno de ellos presentando las nuevas disposiciones generales para la integración y funcionamiento para CHB y CEI respectivamente, que vienen incluidas en las nuevas Guía Nacionales destinadas para el mismo fin, en las cuales se incluyen puntualmente los requisitos y formatos correspondientes para la integración y el registro de los mismos ante la Comisión Nacional de Bioética. Esta información estuvo a cargo de la Dra, Karen Aguirre Albrecht como Jefa del departamento de CHB's Nacional y del Maestro Eden Gonzalez Roldán Jefe del Departamento de CEI's, quienes después de otorgar la información referida resolvieron algunas de las dudas expuestas por los miembros de los comités,

generando algunos compromisos bilaterales, para facilitar la integración y el registro para las diferentes instituciones y establecimientos de salud.

Por su enorme participación este curso cumplió exitosamente con los objetivos y nos compromete a que los que le siguen sean mejores, porque: "los trabajadores de la salud son nuestra base, la capacitación nuestros pilares y los pacientes nuestro soporte". ¡Muchas gracias por su participación y compromiso! ☺



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** 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** y **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 Valle de Toluca, Secretaría del Medio Ambiente

M. EN C. MARIO ALFREDO JARAMILLO GARCÍA

Director 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. JOSE PABLO RUEDA VILLALPANDO

Comisionado de Conciliación y
Arbitraje Médico del Estado de México

DR. J. JESÚS HERNÁNDEZ ROMERO

Subdirector de Investigación
y Concertación del CETRAEM

DR. JORGE CRUZ BORRAMEO

Presidente 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

LIC. JOSE EUSEBIO MELQUIADES AIRE NAVA

Coordinador de Administración y Finanzas del
Instituto de Salud del Estado de México

VOCALES

DRA. MARÍA ELENA ÁLVAREZ LOBATO

Coordinadora de Hospitales de Alta Especialidad

ING. CARLOS ROLANDO SANTIAGO VEGA

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. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR

Director General del Instituto Materno Infantil
del Estado de México

DR. JOSE PABLO RUEDA VILLALPANDO

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

LIC. C. P. Y A.P. MIGUEL ÁNGEL ORDÓÑEZ RAYÓN

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

SECRETARIA TÉCNICA

LIC. CLAUDIA TERÁN CORDERO

Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
del Instituto de Salud del Estado de México



*Mexiquenses
más sanos*

Comité Hospitalario de Bioética

Apoyar la toma de decisiones prudentes, razonadas y fundamentadas en caso de dilemas éticos en la práctica clínica

Funciones:

- 1 Consultar y analizar los casos que presenten dilemas éticos y emitir sugerencias y/o recomendaciones para su resolución.
- 2 Desarrollar acciones para prevenir posibles conflictos en la atención médica, estableciendo protocolos de acción.
- 3 Capacitar a todo el personal que presta servicios de salud en temas relacionados con la bioética y derechos humanos.
- 4 Vigilar la aplicación de normatividad (declaraciones, derechos y códigos nacionales e internacionales).

Mayor información:

Comisión de Bioética del Estado de México

Calle Mariano C. Olivera No. 100, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, Toluca, Estado de México. Teléfono: (01 722) 2 14 26 05
Email: isem.eibioetica@edomex.gob.mx comisionbioeticaedomex@gmail.com

CE:217/A/058/14



Mexiquenses más sanos



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO

