

BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 8 NO.12 ENERO - DICIEMBRE 2017

ESTRUCTURAS FAMILIARES EN EL SIGLO XXI

JOSÉ PABLO RUEDA VILLALPANDO

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES BIOÉTICAS EN SALUD

ANA MARÍA MILLÁN VELÁZQUEZ

ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: ¿QUÉ FUTURO NOS ESPERA?

NORA URBANA SEPÚLVEDA MOZO
CHRISTIAN RODRÍGUEZ ARROYO



ENCUENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA EL PAPEL DE LA BIOÉTICA ANTE LA VIOLENCIA EN EL SIGLO XXI

VIERNES
17 de noviembre de 2017
De 8:30 a 14:00 horas

SEDE: Teatro del IMSS, calle Josefa Ortiz de
Domínguez, esquina Av. Hidalgo, colonia Santa Clara,
Toluca, Estado de México.

PROGRAMA GENERAL

- | | |
|------------------|---|
| De 8:30 a 9:00 | Registro. |
| De 9:00 a 9:45 | Conferencia "La problemática en la impartición de justicia en temas de Bioética"
Mtro. Víctor Manuel Navarrete Villarreal. |
| De 9:45 a 10:30 | Conferencia "El papel de la Bioética ante la violencia actual"
Mtro. Giovanni Miguel Algarra Garzón. |
| De 10:30 a 11:15 | Conferencia "La violencia en la adolescencia y su impacto en la sociedad actual"
Dr. Ángel Alonso Salas. |
| De 11:15 a 11:35 | Ceremonia de inauguración. |
| De 11:35 a 12:10 | Conferencia magistral "Objeción de conciencia y aborto"
Dr. Gustavo Ortiz Millan. |
| De 12:10 a 12:25 | Receso. |
| De 12:25 a 13:10 | Conferencia "Retos legislativos actuales ante la desintegración familiar a favor de la bioética"
L.C.P. y A.P. Sergio López Manjarrez. |
| De 13:10 a 14:00 | Simposio "La Bioética ante la violencia actual"
•"La violencia social y sus repercusiones en la salud mental"
Dra. Sheila Adriana Mendoza Mojica.
•"Bioética y la pena de muerte, una reflexión ética y psicoanalista"
Dr. Octavio Márquez Mendoza.
•"El suicidio, una falsa alternativa en el siglo XXI"
Dr. Enrique Mendoza Carrera.
•"El impacto de la tecnología en la integridad personal"
Dra. Garbiñe Saruwatari Zavala |

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 Estatal 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



CE-217/A/015/17

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

Gobernador Constitucional del Estado de México

Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México

Carlos E. Aranza Doniz
Coordinador de Salud y Vicepresidente 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 VIII, núm. 12, Enero - diciembre 2017. Es una publicación anual. 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 2017, 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 México.

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/05/03/17-01.

Consejo editorial:

Gabriel O'Shea Cuevas
Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero

Comité editorial:

Carlos E. Aranza Doniz
Jesús Luis Rubí Salazar
César Humberto Botello Ortíz
Juan María Parent Jacquemin
Edmundo González Becerra
Carlos Ocaña Ponce
Jorge Elliot Rodríguez

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de redacción:

Elías Miranda Román
Jorge Cruz Borromeo
Alfredo Viguera Rendón
Jesús Luis Rubí Salazar

Diseño e Imagen:

Luisa Alejandra De la Cruz Padilla

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

03 PRESENTACIÓN

04 EDITORIAL

DIÁLOGO BIOÉTICO

06 EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN BIOÉTICA

Ana María Millán Velázquez

DE LA CIENCIA A LA CONCIENCIA

10 IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN LA VACUNACIÓN

Alma Cuevas George
Laura Eridani Sánchez González

PERSPECTIVAS MÉDICAS Y REPORTE DE CASOS

15 ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ EN ESTUDIANTES DE MEDICINA ¿QUÉ FUTURO NOS ESPERA?

Nora Urbana Sepúlveda Mozo
Christian Rodríguez Arroyo

21 CONSIDERACIONES DEL CUIDADO PARA LA SALUD EN MÉDICOS RESIDENTES

Laura Soraya Gaona Valle

FUENTE INFORMATIVA EN BIOÉTICA

28 EL SUICIDIO Y LA AUTODETERMINACIÓN FÍSICA

Ángel Alonso Salas

33 ESTRUCTURAS FAMILIARES EN EL SIGLO XXI

José Pablo Rueda Villalpando

ESPACIO LIBRE Y CARTAS AL EDITOR

36 ÉTICA DE LA VIDA

Elvia Lucila Lara Hernández

LECTURAS RECOMENDADAS

38 LA BIOÉTICA EN UNA SOCIEDAD LIBERAL

Nora Urbana Sepúlveda Mozo

39 LA CUESTIÓN DEL MÉTODO EN BIOÉTICA CLÍNICA

Nora Urbana Sepúlveda Mozo

40 ENCUESTO NACIONAL DE BIOÉTICA “EL PAPEL DE LA BIOÉTICA ANTE LA VIOLENCIA DEL SIGLO XXI”

Marisabel Rivera Jiménez

48 4ª REUNIÓN ESTATAL DE COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA Y COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Eréndira Natalia Calderón Guzmán

54 CURSO TALLER “CULTURA DE LA PAZ Y RESOLUCIÓN PACÍFICA DE CONFLICTOS”

María Dolores Alanís Miranda

56 NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE COLABORACIONES

PRESEN TACIÓN

“Quien quiere hacer algo, encuentra un medio,
Quien no quiere hacer nada, encuentra una excusa”
Proverbio Árabe

En nuestra institución los programas de capacitación y desarrollo personal siempre han sido una prioridad estratégica, razón por la cual se ofreció a los trabajadores de la salud mexiquense esta revista, que tiene como objetivo combinar el humanismo y el conocimiento técnico-científico con la práctica clínica, para poder implementar la metodología de la bioética y de los derechos humanos en su quehacer cotidiano.

La enseñanza de la bioética está basada en la experiencia en los servicios de salud y brinda oportunidades para que los médicos, enfermeras y trabajadores se cuestionen, investiguen y presten su servicio de diferente manera; colaborando unos con otros y compartiendo lo que aprendieron para mejorar la calidad de la atención. Sabemos que cuando las personas se involucran cuando activamente en lo que están haciendo y demuestran una sorprendente comprensión y profundidad.

El compromiso, es buscar que nuestros esfuerzos como colaboradores en el cuidado de la salud día a día estén encaminados hacia la excelencia y al desarrollo de personas íntegras con sentido ético y humanístico, en el marco de un plan estratégico de culturización en bioética para mejorar la calidad de la atención.

En este sentido, la Comisión de Bioética del Estado de México ha dirigido actividades de capacitación, eventos académicos y material impreso, con el objetivo de plantear una metodología práctica para poder divulgar los conocimientos que permitan revolucionar la práctica clínica hacia el reconocimiento de la dignidad de las personas y principalmente de los pacientes que solicitan nuestro servicio.

Esta revista espera en todo momento ser un instrumento que favorezca la motivación, la satisfacción personal y sobre todo que en los actos cotidianos se apliquen los conceptos relacionados con la bioética con el fin de ser mejores personas y mejores ciudadanos. ☪

Secretario de Salud del Estado de México

EDI TO RIAL

Como cada año, desde 2010, se ha publicado esta revista a través de la Comisión de Bioética y el Instituto de Salud del Estado de México, con diferentes temas necesarios actualmente, debido a que la bioética ha ganado terreno ante las disciplinas de la salud.

En el ejercicio de los profesionales de la salud, el reconocimiento de la bioética, de los derechos humanos, y el derecho a la protección de la salud, es un pilar que favorece las condiciones necesarias para lograr un bienestar físico, mental y social de los ciudadanos a través de bienes y servicios de calidad, que les aseguren el más alto nivel posible de salud, de respeto a la dignidad humana, y la aplicación prudente de la ciencia y la tecnología.

El conocimiento de esta disciplina nos da la oportunidad de priorizar en temas de humanismo, y a pesar de los avances tecnológicos y la saturación de los servicios de salud; contribuye a modificar la conducta humana, para favorecer una atención digna, y aplicar los valores éticos y morales para generar los servicios de salud que merecemos los mexiquenses, como un compromiso del personal de salud y de nuestra Institución. ☺



DIÁLOGO BIOÉTICO

El papel de las emociones en la *bioética*

Fecha de recepción: abril 2017.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2017.

Ana María Millán Velázquez

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

El papel de las emociones para la toma de decisiones bioéticas en salud, implica ampliar el conocimiento de la bioética con sus múltiples aplicaciones, lo que puede ayudar a orientar a los profesionales en relación con las exigencias actuales de la práctica en los servicios de salud; esto con el fin de desarrollar una estructura de pensamiento que facilite satisfacer las necesidades sentidas del paciente, ya que en la actualidad cubrir las expectativas de los pacientes es un importante indicador de calidad en los servicios de salud.

En primer lugar, se tiene que reconocer al hombre como persona con dignidad, y analizar los factores biológicos, psicológicos y sociales que lo afectan en el momento de la interacción con él, y valorar el impacto que le genera su situación, permitiendo la retroalimentación en cuanto a sus apreciaciones, lo que da lugar a una nueva reflexión en los trabajadores de la salud en cuanto a la relación con sus pacientes y sus familiares.

Desde esta perspectiva en la relación clínica, es el médico quien propone las pautas para la atención, influenciado por su conocimiento científico y su conciencia moral, el paciente por su parte es quien acepta o rechaza, de ahí la importancia de identificar en el ambiente las emociones presentes en ese momento, ya que por naturaleza la práctica médica es una relación humana y ve a la persona en todas sus facetas: biológica, mental y espiritual, teniendo al paciente como centro de interés del médico, desde un plano racional, de responsabilidad con él.

En un recorrido de la historia vemos que la relación clínica está influenciada por creencias que se han heredado de la antigua Grecia; por ejemplo, Platón, estableció en el diálogo Critón tres aspectos de la ética relacional que se basa en: primero, deliberar siempre siguiendo la razón y no los sentimientos. Segundo; pensar por cuenta propia sin hacer caso de las opiniones de la mayoría; y tercero, no ser nunca injustos.



Lo anterior muestra una ética que se parece mucho a la actual, pero en la práctica de la bioética clínica actualmente no siempre se analizan los casos sólo de manera racional, ya que también se tiene que analizar el contexto familiar y emocional de los involucrados; como ejemplo de lo anterior, se puede citar la forma de cómo dar malas noticias al paciente, porque sabemos (de acuerdo a la experiencia) que la forma en la que el personal de salud le da el diagnóstico al paciente, determina como éste vive su proceso.

Esto no significa que las decisiones se basen en las cuestiones netamente emocionales; sino más bien, que a través del diálogo procedimental en la relación médico paciente se reconozcan las necesidades sentidas por el paciente y que se valore el impacto emocional, para que la información llegue al paciente de forma positiva y que mediante el trabajo interdisciplinario se establezcan juicios morales correctos, que garanticen que son éticamente aceptados, y que en el proceso de información se vayan generando en su interior buenas sensaciones, como: esperanza,

confianza y la sensación de que existe un reconocimiento de su situación, a pesar de la mala noticia. Esto se traduce en realizar un buen proceso para la atención integral de los pacientes; fundamentando los argumentos en el análisis y resolución de casos con problemas bioéticos que surgen en el cuidado de los pacientes, elemento que caracteriza a la bioética.

La Bioética como disciplina, propicia una condición mediadora, que hace que se tome conciencia más integral de los juicios y actos morales, y que este proceso se lleve a cabo de forma empática; lo que le permite al paciente y al profesional de la salud valorar su propia condición y la del otro, además de identificar las emociones involucradas para su atención adecuada y humana.

Como menciona Puig, “La persona es por su propia esencia una persona influida por su forma de vida, sus hábitos personales y sociales, siendo sus valores morales sus principales argumentos para la toma de decisiones” (Puig,1996). Éste autor puntualiza que



el ser humano es uno en su individualidad como sujeto personal, en todas sus dimensiones: biológico, psicológico, social y espiritual, es un ser histórico, un ser material, un ser moral, un ser emocional, en suma es un ser de posibilidades, capaz de elegir, según sus necesidades y recursos, por tanto compete al trabajador de la salud realizar un esfuerzo para identificar y orientar en el momento de interactuar con el paciente, estas necesidades principalmente en momentos tan sensibles como es la enfermedad y la muerte.

Tomando en cuenta lo expuesto previamente y los cambios existentes en el contexto de la atención médica, se aborda un planteamiento general de la bioética, sus características básicas y los argumentos que algunos autores aportan para fundamentarla. Como dice Diego Gracia: "...hoy las cosas no son tan sencillas en el quehacer de la medicina..." ya que la razón no es sólo lógica, sino también es un momento formal del pensamiento racional en el que tenemos que aprender a pensar siguiendo el hilo conductor de los acontecimientos y aprender a fundamentar la bioética como una "ética de la responsabilidad", ya que esto, responde bastante bien

a las necesidades sentidas por los pacientes. (Gracia 1998).

La bioética desde el modelo personalista ve a la persona en todas sus dimensiones y posibilita un diálogo responsable, que evita que se cometan errores graves, estableciendo lineamientos y pautas de conducta razonables, para buscar en cada una de las decisiones el bien integral, fundamentado en la dignidad de la persona y enfocada a la relación médico-paciente.


Finalmente, la Bioética tiene un campo de aplicación muy amplio en el cuidado de la salud, ya que está obligada a incorporar nuevas verdades de fondo, apoyándose en la filosofía, la ética, el derecho y la biotecnología, así mismo incluir en su discurso las razones éticas de su aplicación para el bien de todos los involucrados en la relación clínica: el paciente, la familia, el trabajador de la salud y la propia institución. ☩

Referencias bibliográficas

-Diálogos de Platón. *Enciclopedia*

-Gracia D. (1998) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Edit. El Butto LTDA.

-Puig, R. J. M. (1996) *La construcción de la personalidad moral*. Edit. Paidós, Barcelona.



DE LA CIENCIA A LA CONCIENCIA

IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN LA VACUNACIÓN

Alma Cuevas George

Investigadora ISEM

Laura Eridani Sánchez González

Pasante de Medicina

Fecha de recepción: abril 2017.

Fecha de aceptación y versión final: diciembre 2017.

La implementación de las semanas de vacunación, es la política de salud pública más efectiva y eficaz implementada en la prevención primaria; con esto se ha logrado salvar muchas vidas y erradicar enfermedades infecciosas como la poliomielitis.

Para que un programa de vacunación cumpla con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y en algunos casos producir inmunidad de grupo, se necesitan coberturas iguales o superiores al 95% de la población, objetivo del programa. Pese a que actualmente se cuenta con la infraestructura, el personal y el material biológico necesarios para cubrir dicho objetivo, existen menores que presentan esquemas de vacunación incompletos en el mundo, lo que impide el éxito total de las acciones de vacunación. En México, el programa de inmunización es gratuito y se apoya principalmente en los servicios de atención primaria.

El programa nacional de vacunación, concentra las acciones que deben llevarse a cabo en todas las instituciones del sistema nacional de salud con el fin de lograr el control, eliminación y erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, cuyo objetivo es otorgar protección específica a la población contra enfermedades que son prevenibles a través de la aplicación de vacunas.

Actualmente, la inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tosferina y sarampión a nivel mundial. Resulta importante mencionar que, incluso con los niveles de cobertura actuales, las enfermedades prevenibles por vacunación aún causan en el mundo 2.1 millones de muertes anualmente, incluyendo 1.4 millones de muertes en niños menores de 5 años de edad. En este contexto, el acceso universal con elevada cobertura de vacunación y la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica son estrategias fundamenta-



les para alcanzar y sostener metas globales de salud pública como la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del tétanos neonatal, sarampión y rubeola congénita.

En 2013 un estudio en nuestro país, analizó la cobertura de vacunación por grupos de edad: de niños menores de 1 año, 15 a 23 meses y niños de 6 años. En menores de 1 año la cobertura del esquema de tres vacunas fue inferior a 70% e inferior al 50% considerando el esquema completo de cinco vacunas, en niños de 15 a 23 meses las vacunas BCG (vacuna anti tuberculosis) y HB (vacuna anti hepatitis tipo B) alcanzaron el indicador de cobertura mayor a 95%; la cobertura para esquema completo de neumococo y SRP (triple viral sarampión, rubeola, parotiditis) fue superior a 85% e inferior a 90%; la de rotavirus fue de 80%, la cobertura de vacuna pentavalente fue de 68%, el esquema de cuatro vacunas de 59.8% y el de seis vacunas fue de 51%, y finalmente en niños de 6 años la cobertura de la vacuna de al menos una dosis contra el sarampión, rubeola y parotiditis fue de 93.2%, alcanzando marginalmente el cumplimiento del indicador (IC95% 91.3-95.0), sin embargo, no se cumplió el in-

dicador de cobertura para dos o más dosis de SRP.

A pesar que la encuesta se realizó en casa, sólo 61.3% de los responsables de los niños que afirmaron poseer la Cartilla Nacional de Salud (CNS) pudieron mostrarla.

En cuanto a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, en el Estado de México se identificó que el 94.9% de los padres o cuidadores de los niños menores de 5 años, dijo tener cartilla de vacunación, de éstos sólo el 61.3% accedió a mostrarla y la proporción que declaró no contar con cartilla de vacunación fue del 3.1%; porcentaje mayor que en el resto del país (2.5%). Así mismo, reportó que la cobertura al año de edad de las vacunas BCG y Hepatitis B, alcanzó niveles de 90%; sin embargo, a excepción de la BCG y SRP todas las coberturas de vacunación se hallaron debajo de la media nacional.

En términos regionales, la cifras indican que las entidades federativas con mayor rezago de cobertura comprenden a la Ciudad de México y el Estado de México, en donde se reporta que el 9% de los niños de 12 a 23 meses no habían recibido ninguna vacuna, y en donde la cobertura del esquema completo de vacunación fue de sólo el 39% para los niños de 24 a 35 meses. No obstante, estos porcentajes aún se ubicaron por debajo de la meta de cobertura óptima de 95%, lo cual es un llamado a redoblar esfuerzos en esta materia.

La OMS menciona que incluso cuando se hayan alcanzado las metas mundiales, el éxito se medirá con respecto a un factor más: la sostenibilidad de los logros.

La no vacunación es multifactorial; uno de los factores recientemente identificados que está en boga en las nuevas generaciones de padres, el rechazo a la aplicación de vacunas por sus ideologías que van desde el temor a reacciones adversas reales o imaginarias

hasta creencias culturales, religiosas o de otro tipo y principalmente por el desconocimiento científico de los beneficios que trae consigo la aplicación de dicha medida de salud pública, ocasionando en algunos países la reaparición de enfermedades infecciosas que se habían reportado como erradicadas, hecho que puede provocar un importante problema de salud a nivel mundial.

Los llamados movimientos anti-vacunas, siembran dudas acerca de la seguridad y la efectividad de las vacunas infantiles, provocando la negativa de algunos padres a vacunar a sus hijos. Dicha negativa plantea un conflicto de valores entre el derecho de los

padres a la crianza de sus hijos según sus creencias y el de justicia e incluso el de no maleficencia, exponiendo a sus hijos y a otras personas de la comunidad, que por motivos variados no sean vacunados.

Los niños muy pequeños no tienen aún un sistema de valores propio y no pueden decidir por ellos mismos, siendo sus padres o tutores legales quienes deciden por representación, el “mayor beneficio” para el menor; se considera un juicio prudencial, que queda a la libre gestión de los individuos particulares, de acuerdo con su sistema de valores. Existen dos límites que los padres no pueden traspasar: que perjudique claramente el



bien del hijo menor de edad (es decir, que la decisión sea maleficente) y el bien de la comunidad.

En el movimiento anti-vacunas los principios de autonomía y justicia afectan directamente a los niños, ya que al no ser autónomos para la toma de decisiones, sus derechos están siendo transgredidos y no están recibiendo el mismo cuidado que el resto de los niños.

En el artículo 2 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, se menciona que cuando se tome una decisión que afecte a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior y sus garantías procesales, basado en lo anterior: los padres que no vacunan a sus hijos no están respetando los derechos de los menores, ya que está demostrado que la no aplicación de vacunas trae graves consecuencias que repercuten directamente en su salud y ponen en riesgo su vida. En la misma ley, el artículo 50 menciona que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

Por lo tanto, es necesario en primera instancia, capacitar a todo el personal de salud que esté involucrado en el proceso de vacunación sobre los beneficios, mitos y consecuencias basados en evidencia científica, ética y legal de la forma que ellos puedan informar a los padres renuentes con la finalidad de favorecer una mejor cobertura y no provocar un brote epidémico que ocasionaría problemas de salud a la población con sus repercusiones económicas asociadas. ☐

Referencias bibliográficas

-Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, Partida V, García-García ML, Valdespino JL. *Aumento de la sobrevivencia en menos de cinco años en México: la estrategia diagonal*. México: la estrategia diagonal. Salud Pública Mex 2007;49supl 1:S110-S125.

-Cruz-Romero EV, Pacheco-Ríos A. (2013) *Causas de incumplimiento y retraso del esquema primario de vacunación en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"*. Aten Fam. 20(1):6-11.

-Macías Parra M, Jarquín Montalvan G, Gutiérrez Castellón P, Rodríguez Weber MA, González Saldaña N, Saltigeral Simental P. *Factores de riesgo para esquemas de vacunación incompletos en niños de seis a 60 meses en el Instituto Nacional de Pediatría*. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Vol. XXII Núm. 86.

-D.R. Secretaría de Salud, México, Distrito Federal, Primera edición (2014). *Vacunación Universal, Programa sectorial de salud 2013-2018*, Versión electrónica, disponible en: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/VacunacionUniversal.pdf>

-OMS, UNICEF, Banco Mundial (2010) *Vacunas e inmunización: situación mundial, tercera edición*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

-Díaz Ortega JL, Ferreira Guerrero E, Trejo Valdivia B, Tellez Rojo MM, Ferreyra Reyes L, Hernández Serrato M, Montoya Rodríguez AA, García García L. *Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación*. Salud Pública Mex 2013;55supl 2:S289-S299.

-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) *Resultados por entidad federativa, Estado de México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013*. Disponible en: encuestas.insp.mx

-Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016) *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México*,

-Riaño Galán, Martínez González, Sánchez Jacob. *Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético*. AnPediatr (Barc). 2013;79:50.e1-5.

-Asociación Española de Pediatría (2015) *Comité Asesor de Vacunas y Comité de Bioética*.

-Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y adolescentes. DOF: 04/12/2014.



PERSPECTIVAS MÉDICAS Y REPORTE DE CASOS

ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ EN ESTUDIANTES DE MEDICINA ¿Qué futuro nos espera?

Nora Urbana Sepúlveda Mozo

Médica cirujana y partera
Maestra en Educación
Especialista en Gerontología

Christian Rodríguez Arroyo

Miembro del Cuerpo Académico de la Asociación
Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Fecha de recepción: noviembre 2017.

Fecha de aceptación y versión final: diciembre 2017.

Resumen: Con la finalidad de identificar la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez en estudiantes de medicina y de comprobar la necesidad de fortalecer la formación de dichos estudiantes en el área gerontológica, se realizó un estudio transversal, descriptivo, utilizando el cuestionario CENVE de estereotipos negativos hacia la vejez, aplicado en 128 estudiantes, 84 de nuevo ingreso y 44 de la carrera de medicina que cursaban el 9º semestre de la licenciatura, en una universidad pública del noroeste de México. Los resultados encontrados nos reflejan la importancia de realizar intervenciones educativas en las nuevas generaciones de estudiantes de medicina, con la finalidad de reeducar en temas gerontológicos. Para las siguientes décadas, el incremento de la población de adultos mayores será importante, de acuerdo a la dinámica poblacional que el país tiene. Se requiere evaluar la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez en estudiantes de diferentes disciplinas del área de la salud, con la finalidad de incidir positivamente en aquellos que lo requieran para garantizar un adecuado desempeño profesional en la población geriátrica.

Palabras clave: envejecimiento, edadismo, estereotipos negativos hacia la vejez, vejez, estudiantes de medicina.

El envejecimiento poblacional es un hecho que algunos autores como Gutiérrez, Agudelo, Giraldo y Medina (2016), reafirman con algunos datos que nos sitúan en la realidad que enfrentamos como país:

- Las datos demográficos presentes, y en prospectiva, nos dicen que entre 1970 y 2050 la población infantil muestra una tendencia hacia la disminución, mientras que la población adulta aumenta, especialmente la de 60 años y más.
- Estimaciones nos dicen que la población adulta mayor en México alcanza cerca de 8.5 millones de personas, mientras que para el 2050 alcanzaría los 33.8 millones de personas.
- Para el año 2015, la esperanza de vida al nacer en México era de 74.9 años, mientras que para el 2050 se proyecta aumente a 80 años.
- Aunque la esperanza de vida ha aumentado paulatinamente, es probable que los adultos mayores que vivan más, lo hagan con alguna discapacidad durante los últimos cinco años de su vida.
- Actualmente, únicamente cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres gozan de buena o muy buena salud.
- Más de un tercio de los mayores de 60 años viven con al menos dos enfermedades crónicas.
- Una quinta parte de los adultos mayores llega a los 60 años de edad en situación de fragilidad, lo que aumenta la posibilidad de muerte, discapacidad y dependencia.
- El deterioro cognitivo y demencia se presentan en más del 15% de los adultos mayores.
- La diabetes es la principal causa de discapacidad en mayores de 70 años.
- El 25% de las personas adultas mayores presenta limitaciones funcionales.
- Para el 2012, el 20% de los adultos mayores no estaban afiliados a ningún servicios de salud.
- El 20% de las hospitalizaciones de adultos mayores en el rango de edad de 60 a 74 años, se puede evitar con acciones preventivas y de atención primaria.

- Las problemáticas de salud que no sufren cambios o que empeoran durante la hospitalización del adulto mayor, tienden a prolongar la estancia en el hospital.
- A nivel nacional, para el 2016, únicamente existían 168 consultorios geriátricos en el sector salud público.
- Para el 2016, únicamente existían 197 geriatras en el país, la mayoría concentrados en la Ciudad de México.

Los datos anteriores nos hacen visualizar el panorama demográfico y de salud al cual nos enfrentaremos como nación. No obstante, es indispensable mencionar también otros datos que Gutiérrez, Agudelo, Giraldo y Medina (2016) nos proporcionan, esta vez con la finalidad de mostrar una realidad que muchas veces dejamos de lado, y que abarca la presencia de estereotipos negativos, discriminación y maltrato hacia el adulto mayor y el envejecimiento.



- Seis de cada diez personas en México, el hecho de que la población de adultos mayores aumente, los preocupa, puesto que suele asociarse con dependencia y cuidados.
- Los adultos mayores son asociados con capacidad física y mental limitada, de carácter irritable, de actitud infantil y con improductividad, lo cual puede conducirlos hacia situaciones de discriminación, exclusión y aislamiento social.
- Una de cada diez personas adultas mayores, sufre de maltrato, aumentando el porcentaje tres veces cuando hablamos de adultos mayores con alguna discapacidad. De los tipos de maltrato, el más frecuente es el psicológico, después el físico y el económico en tercer lugar.
- Un porcentaje mayor al 90% de los adultos mayores participan con alguna actividad no remunerada en el bienestar de los hogares.

Tomando en consideración éstos resulta claro que el papel del médico se enfocará en mayor proporción a la población de adultos mayores, por lo cual, el tener una actitud adecuada hacia la vejez, permitirá que los futuros médicos aborden apropiadamente el estado de salud y enfermedad de esa población. Por ello, resulta trascendental la identificación de estereotipos hacia la vejez y los adultos mayores en los estudiantes de medicina, puesto que puede representar un elemento que afecte negativamente el acto profesional médico, para lo cual pueden instalarse estrategias de intervención que posibiliten la modificación de dichos estereotipos, mejorando consecuentemente las diferentes esferas de la salud.

Objetivos

Los objetivos de esta investigación fueron:

- 1.- Identificar y comparar la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez en estudiantes de área básica y área disciplinaria en la carrera de medicina.
- 2.- Comprobar la necesidad de fortalecer la formación de los estudiantes de medicina en el área gerontológica.

Métodos

Estudio de tipo transversal, descriptivo.

Se aplicó el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE), desarrollado por Mena y Cols. (2005), el cual consta de 15 reactivos que miden la presencia de estereotipos en tres dimensiones: (salud, motivación-social y carácter-personalidad).

La dimensión salud incluye la salud física y mental, explorando aspectos como el deterioro de la memoria, enfermedades mentales, deterioro de la salud, incapacidad y dependencia, así como deterioro cognitivo.

La dimensión Motivación-Social, se enfoca a aspectos motivacionales y de relaciones interpersonales, como lo son el interés por el sexo, las amistades, la pérdida de interés, la falta de solución de problemas, así como el considerar que los adultos mayores no pueden resolver adecuadamente los trabajos en comparación con los jóvenes.

El dominio carácter-personalidad, se enfoca en explorar si los adultos mayores son irritables, inflexibles, con actitudes infantiles y “chochean”.

El instrumento fue aplicado a 128 estudiantes, 84 de nuevo ingreso y 44 de la carrera de medicina que cursaban el 9º semestre de la licenciatura, en una universidad pública del noroeste de México. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS v.20©.

Resultados

La edad media de los estudiantes fue de 20.26+2.45 años. El 51% de los encuestados fueron hombres y el 49% mujeres.

La validez del instrumento fue comprobada mediante la prueba de alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0.823. Se encontró que el 27.3% de la población (n=35), presentó estereotipos negativos hacia la vejez. En la dimensión salud, el 34.4% de la población (n=44) presentó estereotipos negativos. Para el caso de la dimensión motivación-social, el 16.4% de la población (n=21) presenta estereotipos negativos. En la dimensión carácter-personalidad, el 43.8% (n=56) tiene estereotipo negativo.

Al estratificar por etapa de formación, los alumnos de nuevo ingreso presentaron 34.5% de estereotipos negativos hacia la vejez, mientras que el resultado para quienes cursaban el área disciplinaria fue de 13.6%, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 6.341$, $gl= 1$, $p= 0.012$).

En la dimensión salud, el 44% de los alumnos de nuevo ingreso presentaron estereotipos negativos, mientras que en el área disciplinaria fue de 15.9%, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 11.53$, $gl= 2$, $p= 0.003$).

En la dimensión motivación social, el 22.6% de los alumnos de nuevo ingreso presentaron estereotipos negativos, mientras que en área disciplinaria fue de 4.5%, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 8.52$, $gl= 2$, $p= 0.014$).

En la dimensión carácter-personalidad, el 51.2% de los alumnos de nuevo ingreso presentaron estereotipos negativos, mientras que en área disciplinaria fue de 29.5%, cuya diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 6.95$, $gl= 2$, $p= 0.031$).

Por lo anterior es muy justificable la capacitación y sensibilización del personal de la salud en formación en temas de bioética.





Cerca de un tercio de la población estudiada presenta estereotipos negativos hacia la vejez, lo cual es similar a lo reportado por Aristizábal y Cols. (2009), quienes encontraron que el 35.2% de estudiantes del área de la salud presentaban estereotipos negativos hacia la vejez.

Discusión

Ferrario y Cols. (2005), han determinado que a mayor conocimiento acerca del envejecimiento, mayor actitud positiva hacia los adultos mayores y viceversa. Parece ser que conforme avanza el estudiante en su formación, se modifica su percepción acerca de la vejez, pero esto requiere ser investigado.

El hecho de que se tenga una imagen social negativa hacia la vejez, tiene afectación, primeramente, en la actitud hacia los adultos mayores, pero también se suma la afectación a la autopercepción que el mismo adulto mayor tiene de sí mismo, lo que repercute directamente en la salud física y mental del sujeto.

Las conductas que la gente, y el personal de

salud pueden tener hacia los adultos mayores y el envejecimiento, conducen a discriminación social por la edad y a la emisión de juicios negativos, lo cual es conocido como edadismo.

Los resultados encontrados nos reflejan la importancia de realizar intervenciones educativas en las nuevas generaciones de estudiantes de medicina, con la finalidad de reeducar en temas gerontológicos. Para las siguientes décadas, el incremento de la población de adultos mayores será importante, de acuerdo a la dinámica poblacional que el país tiene. Algunas de las actitudes relacionadas con el edadismo en profesionales de la salud (Losada, 2004) son:

- 1.No realizar las acciones terapéuticas requeridas para la atención del adulto mayor por causa de su edad y los conceptos erróneos respecto del envejecimiento.
- 2.Diferencia en la realización de procedimientos en tumores, en la colocación de prótesis o en las terapias de rehabilitación.

3. Escasa derivación de adultos mayores hacia profesionales de la salud mental, priorizando la terapéutica farmacológica.

Actualmente, muchas de las escuelas y facultades de medicina tienen incorporada dentro de su currícula a la geriatría, sin embargo, se requiere estimular en diferentes momentos del proceso educativo del médico.

De acuerdo a Losada (2004), la mayoría de las actitudes relacionadas con el edadismo, en el caso de profesionales de la salud, se originan por conocimientos erróneos acerca de los adultos mayores y de las patologías y necesidades específicas de ese grupo etáreo, a pesar de que cada vez son un grupo de usuarios de mayor demanda de servicio. Por otra parte, Shue y Cols. (2005) lograron demostrar que los estudiantes que recibieron un curso relacionado con la vejez, mejoraron su actitud hacia ella en la fase posterior a la capacitación. En el estudio que presentamos, se muestra que aquellos alumnos que se encuentran cursando la unidad de aprendizaje denominada geriatría, exhiben menor porcentaje de estereotipo negativo hacia la vejez.

Si bien la geriatría se enfoca al ámbito médico, sería recomendable abordar el área desde un modo más integrador y general, es decir, desde la perspectiva de la gerontología. México se convertirá, en un país longevo, de ahí la trascendencia de que el personal de salud tenga las competencias necesarias para su correcta atención. De esta forma nos preguntamos en este momento: ¿lo estamos haciendo bien en las facultades y escuelas de medicina? La respuesta, la podemos vislumbrar con más estudios, con muestras mayores, en más estudiantes de las demás áreas de la salud, de forma tal que podamos ir construyendo la antesala futura para la atención del adulto mayor y tener así, más claro, ese futuro que nos espera, que en la actualidad no muestra del todo claridad. ☞



Referencias bibliográficas

- Aristizábal-Vallejo, N., Morales, A., Salas, B. C., & Torres, Á. M. (2009) *Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*; 9(1), 35-44.
- Gutiérrez, L.M., Agudelo, M., Giraldo, L. & Medina, R.H. (2016) *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: Instituto Nacional de Geriatría.
- Kydd, A. & Fleming, A. (2015) *Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature*. *Maturitas* 81, 432-438.
- Losada, A. (2004) *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores*. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores.
- Sheikh, R. B., Mathew, E., Rafique, A. M., Suraweera, R. S. C., Khan, H., & Sreedharan, J. (2013). *Attitude of medical students toward old people in Ajman, United Arab Emirates*. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 8, 85-89.
- Shue, C. K., McNeley, K., & Arnold, (2005) *L. Changing medical students' attitudes about older adults and future older patients*. *Academic Medicine*; 80(10), S6-S9.

CONSIDERACIONES DEL CUIDADO PARA LA SALUD EN MÉDICOS RESIDENTES

Fecha de recepción: noviembre 2017.
Fecha de aceptación y versión final: diciembre 2017.

Laura Soraya Gaona Valle
Doctora en Ciencias Sociales

La residencia médica es un proceso de formación durante el cual los residentes médicos deben encontrar un equilibrio entre la voluntad de cuidar y sanar, manejar la sensación de impotencia ante el complejo sistema de atención de salud en que se insertan y establecer los límites de su propia identidad personal y profesional. Una revisión sistemática mostró que 42 estudios publicados de 1979 a 2008 han abordado temas como bienestar, depresión, burnout, perfil psicológico, calidad de vida, percepción de la residencia, estrés, exceso de trabajo/fatiga y uso de drogas; con los datos aportados se concluyó que es necesario cambiar los estándares legales reguladores para la residencia médica, así como la implementación de programas de asistencia a residentes para mejorar las condiciones de trabajo y aprendizaje, lo que a su vez ayudaría al desarrollo de habilidades profesionales y mejorar la calidad de vida personal de los médicos residentes, ya que se encuentran en un espacio intermedio entre trabajadores y estudiantes, es indispensable sensibilizar a los integrantes de cada servicio de las unidades receptoras de médicos residentes para mantener la competencia académica y la calidad en la atención, es imprescindible promover una disciplina enfocada y no una exigencia dispersa.

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Se ha reportado que el 14% de los estudiantes tienen elevados niveles de estrés y el 47.5% presenta signos depresivos, con una prevalencia del 14% de depresión, donde se ven más afectadas las mujeres. Las manifestaciones más importantes que se encontraron son insatisfacción, culpa, indecisión, insomnio, fatiga y retraso laboral. Se ha observado en médicos residentes una prevalencia del 59.1% y 32.3% de ansiedad y depresión, respectivamente y, el 29.6% presentó ambas. Durante casi medio siglo, el estrés de médicos en formación ha sido un tópicus preocupante, los estresores frecuen-



tes incluyen la pesada carga de trabajo, privación del sueño, pacientes difíciles, pobres ambientes de aprendizaje, preocupaciones financieras, entre otros, que frecuentemente causan efectos negativos sobre estudiantes y residentes en su rendimiento académico, salud física y bienestar psicológico haciéndolos susceptibles a la depresión. Goebert et al., encontraron un 12% de probable depresión mayor y 9.2% con depresión moderada con mayor prevalencia durante el segundo año y menor el cuarto año. Además, las mujeres tuvieron una prevalencia más alta de probable depresión mayor comparada con los hombres.

Se ha reportado un estado de salud física general disminuida, manifestada por trastornos del sueño, alimentación deficiente (un tercio de ellos consume dos comidas por día) y exceso de trabajo en médicos residentes mexicanos de entre 24 y 37 años de edad; El 65% consumen alcohol, el 4.5% drogas no médicas (marihuana) y 2.8% cocaína, 7.3% consumen analgésicos narcóticos y 10.6% tranquilizantes, anfetaminas (3.4%). Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que

los jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Los médicos residentes se enfrentan cotidianamente con situaciones de alto nivel de estrés, horarios de trabajo altamente desgastantes. Se ha reportado, además, una prevalencia de síndrome de Burnout del 65.6%.

Se sabe que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida relacionada con la salud de los médicos residentes, sufre un descenso, partiendo de un 93% con buena calidad de vida, en los primeros seis meses (63%), con recuperación a los 12 meses, pero sin retornar a los valores base (76%). Los médicos residentes tienen sobrecarga de trabajo en actividad asistencial y académica, se calcula que en promedio trabajan 80 horas a la semana sólo en actividad asistencial, independientemente de las actividades extrahospitalarias. Además, trastornos del ciclo sueño-vigilia por la sobrecarga física, los cuales afectan significativamente el rendimiento físico, psicológico y social. Numerosos estudios han demostrado que la educación médica, en todos los gra-

dos, es muy exigente y estresante, y en las residencias médicas más, por estar en contacto con problemas de resolución urgente, además de enfrentarse a situaciones donde las instituciones no cuentan con todos los recursos para brindar atención adecuada.

Durante el desarrollo de la residencia médica se han encontrado niveles superiores de estrés en el residente en comparación con la población general. Lo que está relacionado con largas jornadas en el hospital, sobrecarga de trabajo, privación del sueño, quejas de familiares y pacientes, conocimientos médicos insuficientes, aprendizaje informal, ambientes académicos poco estimulantes y grado de competitividad alto; sobre todo el primer año del curso. Las especialidades de cirugía general y medicina interna presentaron mayor porcentaje de agotamiento emocional al ingreso a la residencia. El tópico de la depresión en médicos residentes ha sido un tópico ampliamente estudiado. Muchos estudios han demostrado que la depresión o discapacidad emocional en médicos residentes es más frecuente que en la población general y causa errores en el cuidado de los pacientes, ausencias, cambios en el cuidador y suicidio. Las implicaciones potenciales de esto para la salud pública son evidentes si se tiene en cuenta la naturaleza del trabajo del

médico residente y la pérdida potencial de futuros proveedores de atención médica. De 1975 a 2010 se revisaron 46 artículos sobre el tema reportando prevalencias muy amplias, del 11.9% al 34.2% con depresión y otros estudios hasta el 89% con síntomas depresivos mínimos.

En Turquía se publicó un estudio que determinó que el 69.3% de estudiantes de la especialidad en anestesiología indicaron exposición a mobbing y fue más frecuente en mujeres. Además se detectaron condiciones somáticas como episodios de llanto, intento de suicidio, ganancia/pérdida excesiva de peso, adicciones, ataques de pánico, tendencia a la violencia, incremento en la frecuencia de accidentes y depresión severa.

La formación de los médicos residentes es importante para el sistema de salud en México y en otros países. En nuestro país se ha generado un documento de postura sobre la formación de médicos especialistas en México por la Academia Nacional de Medicina publicado en 2015 donde se plasman acciones propuestas para mejorar la formación de médicos especialistas y que estos respondan a las necesidades de salud de la población.





La salud física y emocional de los médicos residentes reclama atención como un integrante de la población.

Por otro lado, aunado a la depresión en médicos residentes, se encuentran una salud física disminuida reflejada en sobrepeso, obesidad, hígado graso, antecedentes de diabetes mellitus, entre otras.

En México, la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue del 9.2%. El 54.46% tienen antecedentes familiares (padre o madre) y las principales complicaciones que presentan son visión disminuida, ardor, dolor, pérdida de sensibilidad en los pies, daños en la retina, amputaciones, diálisis e infartos. La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, la obesidad ha sido reconocida como uno de los problemas de salud más importantes en México, donde en 2012 se reportó

una prevalencia de obesidad y sobrepeso de 71.3%. La ENSANUT 2012 reportó una prevalencia de sobrepeso u obesidad del 69.4% en hombres y del 73% en mujeres.

Anguiano-Velázquez y Cols. en 2015 publicaron un estudio donde la prevalencia de síndrome metabólico fue de 10.81%, mayor en hombres (16.67%) que en mujeres (8.00%), donde el factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipoalfalipoproteinemia y la prevalencia de riesgo cardiovascular leve (5-10%) fue de 2.70%.

Gran parte de los estudios concluyen acerca de la necesidad de continuar estudiando la salud de los médicos residentes para una mejor comprensión del problema y la propuesta de modelos de cuidado hacia ellos. Con frecuencia se reportan estudios sobre depresión, burnout, uso de drogas, sin embargo, poco se ha estudiado sobre la salud física que acompaña a la salud mental de los médicos residentes. La alteración del estado de salud mental y físico influye en el queha-

cer cotidiano de los médicos residentes cuya función principal es estar a cargo de personas enfermas que requieren cuidados con calidad y seguridad. La seguridad del paciente se define, por la OMS, como la ausencia de un daño innecesario real o potencial, asociado a la atención sanitaria y la cultura de seguridad del paciente es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente.

Hallazgos de diversos estudios han puesto de manifiesto que a diario se cometen errores en la atención de los pacientes, tanto en el campo asistencial como en el administrativo, pudiendo generar eventos adversos con daños permanentes o letales. Los médicos especialistas en formación constituyen un sector profesional de especial interés a la hora de abordar los problemas de seguridad y de cultura de seguridad. Su corta experiencia puede ser un factor favorecedor de la comisión de errores, y la fase de aprendizaje constituye una oportunidad para infundir los valores y principios de la cultura de seguridad que han de desarrollar en el futuro.

Actualmente, la mejora de la seguridad de los pacientes se ha convertido en una necesidad y un objetivo prioritario en los programas de salud, un estudio en España en residentes de medicina familiar reportó que ninguno de los encuestados hacía notificación de incidentes, y que desconocen las vías para hacerlo. Se observó que los porcentajes de respuesta negativa más frecuentes fueron: no se atiende de manera adecuada porque la jornada laboral es agotadora, se trabaja bajo presión y se hacen las cosas demasiado aprisa, las unidades del hospital no se coordinan bien, no hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo y deficiencias gerenciales ante un evento adverso. Otro estudio encontró resultados positivos en el seguimiento de la atención a los pacientes y el trabajo en equipo y se valoró negativamente el ritmo y carga de trabajo. Los resultados de este

tipo de estudios permiten mostrar información que ayuda a identificar debilidades para diseñar iniciativas y estrategias para establecer mejoras de las prácticas asistenciales.

En México, una encuesta transversal con una muestra de 2500 médicos residentes de 78 especialidades médicas reportó que las fortalezas en cultura sobre seguridad del paciente son trabajo en equipo dentro de los servicios o unidades hospitalarias y, el enfoque al aprendizaje organizacional y la mejora continua. La respuesta negativa se observó en la suficiencia de personal, respuesta no punitiva a los errores y franqueza en la comunicación, problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. Sin embargo es necesario llevar a cabo otros estudios en nuestro país para la identificación de líneas basales y la propuesta de estrategias.

En lo expuesto anteriormente se muestra un problema grave que requiere iniciar diagnósticos de salud-enfermedad en médicos residentes, estudios cualitativos para identificar las necesidades académicas, médicas y nutricionales que permitan diseñar proyectos de intervención con el objetivo de mejorar la situación de salud y de formación académica durante la residencia médica. Es un tema que concierne a las instituciones de salud y académicas para coadyuvar al impulso de la mejora en la atención médica de la población a través de una formación académica de excelencia de los médicos especialistas en nuestro país. ¹⁰

Referencias bibliográficas

- García LL, Camacho MA, Gerales SZAE. (2010) *Health and Quality of life of medical residents*. Rev Assoc Med Bras; 56(1):81-90.
- Kesselheim AS, Austad KE. (2011) *Residents: workers or students in the eyes of the law? N Engl J Med*. Feb 24;364(8):697-9.
- Zamudio-Villareal JF. *La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas*. Rev Eviden Invest Clin. 4(1):5-6.
- Aguirre HR, López FJF, Flores FRC. (2011) *Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas*. Revista Fuente.3(8):28-33.
- Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J. (2009) *Depressive symptoms in medical students and residents: A multichool study*. Academic Medicine. 84(2): 236-241.
- (Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Fac Med UNAM. 2005;48(5):191-197).
- Chati R, Huet E, Grimberg L, Schwarz L, Tuech JJ, Bridoux M D Ph D V. *Factors associated with burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows*. Am J Surg. 2016 pii: S0002-9610(16)30474-3. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.08.003. [Epub ahead of print]
- Arias AJ, Vargas FAR, Hernández MR, Ramos PMG, Velasco RJF. (2008) *Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel*. Med Int Mex. ;24(1):16-21.)
- Prieto-Miranda SE, Rodríguez-Gallardo GB, Jiménez-Bernardino CA, Guerrero-Quintero LG. (2013) *Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 51(5):274-9)
- Joules N, Williams DM, Thompson AW. (2014) *Depression in resident physicians: A systematic review*. Open Journal of Depression. 3:89-100.
- Aykut G, Efe EM, Bayraktar S, et al. (2016) *Mobbing Exposure of Anaesthesiology Residents in Turkey*. Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation. 44(4):177-189.
- Fajardo D, Santacruz VJ, Lavalle MC. (2015) *La formación de médicos especialistas en México*. Documento de Postura. Academia Nacional de Medicina/México. Ed. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México D.F. 251 pp.
- Costantino C, Cinquetti S, Garavelli E, Marcantoni C, Murru C, Pieroni G, Privitera G, Ricciardi W, Soncini F, Tedesco D, Triassi M, Vitale F, Campanella F. (2014) *The key role of public health medical resident education for future public health challenges*. Epidemiol Prev. 38(6 Suppl 2):115-9.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX),
- Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. *Diabetes mellitus en México. El Estado de la epidemia*.
- Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. Salud pública Méx . (2013): S129-S136. *Por otro lado, el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en coexistencia con la diabetes mellitus tipo 2*
- Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L. (2013) *Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT*. Salud Pública de México. 55(Supl. 2): S151-S160.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Anguiano-Velázquez T, López-Hernández D, Alvarado-Soto EA, Sánchez-Escobar LE, Munguía-Lozano S, Beltrán-Lagunés L. *Prevalencia del síndrome metabólico en médicos residentes: estudio observacional*. Rev Esp Méd Quir. 2015;20:116-121.
- Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. (2014) *Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón*. Rev Calidad Asistencial. 29(3):143-149.
- Jaraba-Becerril, Sartolo-Romeo, Villaverde-Royo, Espuis-Albas, Rivas-Jiménez. (2013) *Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalarias*. An. Sist. Sanit. Navar. 36(3):471-477.
- Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. (2014) *Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón*. Rev Calidad Asistencial. 29(3):143-149.
- Hamui-Sutton A, Pérez-Castro y Vázquez JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón S, Lezana-Fernández MA, Carrasco-Rojas JA. (2015) *Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México*. Revista CONAMED. 20(2). Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/175/258>



FUENTE INFORMATIVA EN BIOÉTICA

EL SUICIDIO Y LA AUTODETERMINACIÓN FÍSICA

Ángel Alonso Salas

Profesor de Tiempo Completo en CCH Azcapotzalco
Universidad Nacional Autónoma de México

A manera de introducción

En el presente texto se abordará la temática del suicidio y la autodeterminación física. Para poder abordar este tipo de muerte, se hará referencia al “morir libre” propuesto por los estoicos, a la postura de Jean Amèry hacia el acto de morir por mano propia y al Derecho de Autodeterminación Física. Una vez que contemos con estos elementos, daremos pie a reflexionar acerca de la validez, así como sentido y problemáticas que enfrenta el suicidio hoy en día.

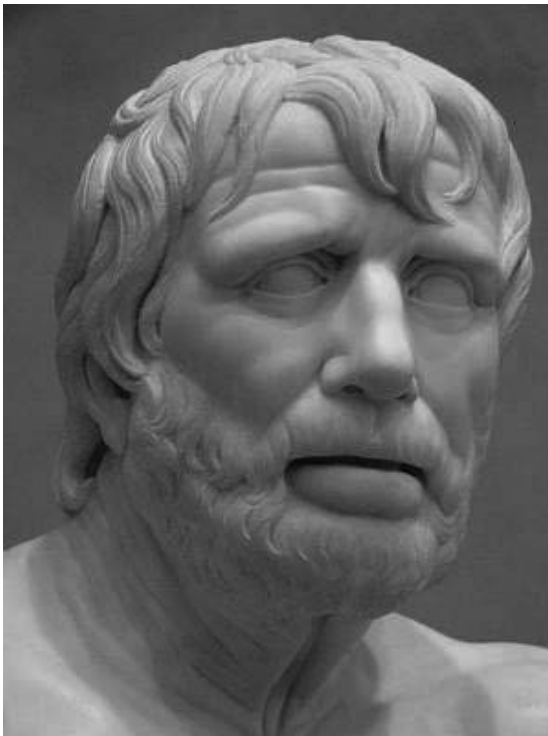
Antes de reflexionar acerca del suicidio lúcido, pensemos ¿por qué el suicidio constituye en sí mismo una aguda controversia moral? ¿Podemos etiquetar y juzgar como un “enfermo” a todo aquel que lleva a cabo un acto suicida? ¿Todos los suicidios son iguales? ¿Por qué se condena moralmente al suicida? Éstas y otras preguntas nos permiten comprender que, a pesar de que el suicidio ha sido un problema clásico de la filosofía y un acto de decisión individual, en nuestros días se ha convertido en un problema social y de salud. Sin embargo, el suicidio es también un problema bioético, puesto que implica la confrontación entre diversos criterios morales existentes en una sociedad.

Es importante resaltar que no todos los suicidios son iguales ni deben ser condenados de la misma forma, ya que existen casos en los que es posible apelar a dos problemáticas contemporáneas: en primer lugar, una forma particular de concebir la vida individual, que parte de la libertad, autoconciencia, voluntad y autonomía para llevar a cabo un determinado acto. En segundo lugar, dicho suicidio supone un acto que devela que el principio prístino de “la santidad de la vida humana”, es un valor que no es compartido por todos los sujetos, y que carece de un soporte y aceptación universal, en tanto que el suicida opta por quitarse la vida por mano propia, al priorizar otros valores por encima del valor intrínseco de la preservación de su propia existencia.

En este orden de ideas, es necesario diferenciar entre dos tipos de suicidio. En primer lugar, aquellos suicidios que constituyen un problema de salud (psicosocial) y que como tal deben ser tratados; es decir, en los que es válida y legítima la intervención de las instituciones públicas de salud (incluso en contra de la voluntad del sujeto suicida); y, en segundo lugar, aquellos suicidios que implican un problema bioético de decisión individual libre y autónoma en donde prevalece el respeto por la decisión voluntaria, expresa y confirmada de los sujetos suicidas, que podría ser amparada a partir de los “derechos de la autodeterminación física”..

I. Estoicismo y el “morir libre”

Séneca, en su obra *Sobre la brevedad de la vida*, exhorta a Paulino a contemplar y a vivir la vida y/o existencia, sin pasar por alto lo frágil y efímera que es, así como también uno debe evitar estar bajo la “servidumbre de las pasiones”. A lo largo de su carta, le proporciona ciertos consejos, pues en la mayoría de las veces, se cree que el vivir es el máximo bien, ponderando el tiempo de vida sobre la calidad de ésta, y, al postergar la toma de conciencia sobre la finitud, el ser humano olvida lo fugaz y efímera que es en sí misma la propia existencia, por lo que uno suele “desperdiciar” su tiempo en banalidades. De esta manera, Séneca afirma que el vivir debe tomar en cuenta (o ir a la par de) la reflexión y preparación ante la muerte, motivo por el que se debe extraer el máximo partido posible de aquello de que disponemos, como también el sujeto deberá tener presente su propia muerte para que ésta no lo tome por sorpresa.



Cuando Séneca se refiere al suicidio, no hace mención de un acto precipitado y originado por el temor, la venganza o la desesperación, sino al acto que proviene de la razón y, que es libre, conocido como “morir libre” o “muerte voluntaria”. Existen dos ejemplos que, de acuerdo con el planteamiento del estoicismo, serían contradictorios entre sí. El primer caso sería el “suicidio por amor” o aquel que se lleva a cabo de manera precipitada. Y el segundo, el que la muerte misma se convierte en un deber que se ejemplifica con Lucio Anneo Séneca (4 - 65 d.C.) quien en el año 65 es acusado de estar implicado en la conjura de Pisón contra Nerón, y éste lo condena a muerte. Cuando Séneca recibe la misiva de la condena, toma con calma la situación y pide redactar su testamento, lo cual le es denegado, por lo que viendo que Nerón actuaría con crueldad sobre él, decide cortarse las venas en el mismo lugar, infligiéndose cortes en los brazos y las piernas. Cabe destacar que su esposa Paulina lo secunda para evitar ser humillada por el emperador, pero es impedida por los guardias y los sirvientes. Séneca, viendo que su muerte tardaba, le pide a su médico Eustacio Anneo que le suministre cicuta, que bebe pero sin efecto alguno, por lo que decidió ser llevado al baño caliente para acelerar el desangrado y muere finalmente porque el vapor terminó asfixiándolo.

En la Grecia clásica existían casos en los que era permisible una regulación de la muerte voluntaria, misma que debía ser autorizada por el órgano estatal y era una conducta legítima. Los lineamientos existentes permitían este tipo de muerte en alguno de los siguientes casos: cuando el ciudadano en cuestión, sufría una vergüenza o una ignominia que le hiciera imposible la vida, cuando se le hubiere forzado a ello, cuando se encontrara en un dolor excesivo por una desgracia de la que no exista salida, o, cuando la polis lo hubiera obligado a ello mediante una decisión injusta.

II. Jean Améry y la vindicación del suicida

Jean Améry en uno de los textos más famosos en torno a la cuestión del suicidio, *Levantar la mano sobre uno mismo*. Discurso sobre la muerte voluntaria, no lleva a cabo una apología del suicidio libre, sino que el análisis emprendido sobre la muerte voluntaria parte desde la óptica del “suicidante” o de aquel sujeto que decide de manera razonable y por mano propia el quitarse la vida. Améry hace mención de la “muerte voluntaria” y considera que a pesar de que en ocasiones el acto se consuma bajo ciertos condicionamientos o bajo un estado depresivo o de angustia, constituye una acción que revela que “la muerte voluntaria constituye un acto libre [...] soy Yo quien levanta la mano contra sí mismo” (Améry, 1999: 9-10).

El acto cometido en el suicidio es por sí mismo una manifestación del carácter y de determinación referente a cierta escala de valores e ideales que no son comunes a la mayoría de las personas. Con acciones de este tipo, se debe reflexionar que la visión judeo-cristiana referente a que la existencia y del sentido de la vida humana no es la única posible ni existente, ya que vivir no es necesariamente el bien supremo. Curiosamente, el mismo hecho de que alguien atente contra su vida se ha considerado como una acción que en el fondo cuestiona y pone en peligro el “valor de la vida humana” para aquellos que “se quedan”, por el hecho de que el acto suicida manifiesta la inutilidad y vacuidad de la vida humana. Ante tal decisión ¿qué hace el común de la gente ante una persona que ha proyectado su suicidio como un acto legítimo de su vida? Se la condena, aísla y medica. Se le diagnostica una “enfermedad” y se le proporcionan antidepresivos porque dicho sujeto constituye “un peligro” para él mismo y para la sociedad. El suicida que no se encuentre en un estado de incompetencia mental manifiesta una opción legítima de libertad y autonomía, ante la cual existen

infinidad de tabúes: la elección racional de la muerte y que proviene de uno mismo. Améry exige que se debe respetar esta opción, ya que “se puede no vivir, y ello es precepto allí donde la dignidad y la libertad condenan la vida para la muerte, la vida en el échech, que es contra-natura y que es un insulto a la existencia. El sujeto decide para sí mismo con plena soberanía, lo que no quiere decir que decida contra la sociedad. El sujeto individual tiene derecho a destrozar una propiedad que nunca fue realmente suya en beneficio de la autenticidad que reclama. Levanta la mano sobre sí mismo” (Améry, 1999: 68).

Es importante destacar que Améry hace mención de la “inclinación hacia la muerte” que debe entenderse como el sujeto que provoca la muerte de manera activa y no la recibe de manera pasiva por alguna cuestión “natural” o “accidental”, manifiesta un rechazo hacia la subordinación del vacío de la vida humana o al *tedium vitae* en el que se encuentran algunos sujetos. Es lamentable que ante el suicida todos los sujetos que estén a su alrededor acudan en su apoyo, ya que “quien considere la idea de la muerte voluntaria, siquiera sea por algunos momentos o por puro ánimo de distracción, se sorprenderá del obstinado interés de la sociedad por la suerte final de quien la intenta. Se trata de la misma sociedad que se ha ocupado bien poco de su ser y de su existencia” (Améry, 1999: 97).



III. Derecho de Autodeterminación Física (DAF)

El DAF hace referencia a la realidad corporal que tiene el ser humano y a la manera en que éste es consciente de las decisiones que afectan o benefician a su misma corporeidad, y, en el fondo a todo su ser. Por este motivo, partiendo de la plenitud de su libertad y autonomía, el sujeto puede llegar a tomar decisiones respecto a la administración de sus funciones o potencialidades corporales, así como al ejercicio de su corporeidad (embarazo, aborto, eutanasia, suicidio asistido, trasplantes de algún órgano o tejido, y finalmente, el derecho a morir de una manera digna en las condiciones que el sujeto decida y que estén enmarcadas en la ley sin afectar a terceras personas). La discusión sobre el suicidio gira en torno a la legitimidad jurídica y permisibilidad en el ámbito legal (constitucional y en referencia a los derechos humanos), es decir, el comprender que el acto suicida no posee un sustento de aprobación jurídica en tanto que no se puede aplicar una sanción a quien lo cometa, pero si a aquel que le brinde asistencia para llevar a cabo dicho acto.

¿Cómo surgió el DAF? En primer lugar, el cuerpo y salud, le pertenecen al sujeto, él puede decidir qué tipo de acciones autoriza sobre su ser, y a su vez, exige el respeto de los otros hacia las decisiones que dicho sujeto llevó a cabo. Es importante hacer mención de que en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del 2005, se ha reconocido “tanto el respeto de la autonomía como la responsabilidad de quienes toman decisiones: «Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de las demás»” (Brena, 2007: 163), siendo el acto suicida una de esas decisiones “límites” que deben respetarse, a pesar de que no sea del agrado y no sea aceptado por la “tiranía de la mayoría”.

Entre los derechos de la llamada “cuarta generación” se encuentra el derecho a la autodeterminación física. Entre estos derechos, se han incluido los derechos de la autodeterminación sexual, en lo respectivo a donaciones pasivas y/o activas de órganos, tejidos y células; la clonación; el consentimiento informado; la reproducción humana, y el derecho a la propia muerte. De esta forma, y, en concordancia con la serie de derechos individuales, se plantea la posibilidad del “derecho a decidir sobre la propia muerte”, ante el cual no se ha producido un documento internacional o normativo que plantee la manera en que éste derecho pudiera ser plasmado.



Es importante destacar que el DAF permite que cualquier sujeto pueda decidir desde su libertad, autonomía y dignidad, aquellas acciones o principios que sean acordes a su forma de vida, que de manera consciente o inconsciente ha elegido, y en los cuáles ha sido formado en la sociedad a la que pertenece. Una sociedad democrática que aboga por los principios de la autonomía y de la libertad, implícitamente debería favorecer el surgimiento y el cumplimiento de estas nuevas generaciones de derechos humanos.

Es importante reiterar que el marco teórico aquí propuesto parte de la premisa de que el suicidio y la autodeterminación física es semejante al que los estoicos concibieron como el del “morir libre” o “suicidio racional”. Como se mencionó con antelación, Séneca al referirse al suicidio (o inclusive, el testimonio de su propia vida), no se refería a un acto precipitado por temor, venganza o desesperación (que dicha escuela helénica catalogaba como la “servidumbre de las pasiones”, que a su vez representa la gran mayoría de los actos y tentativas suicidas), sino como el acto supremo que proviene de la razón, que es en sí mismo considerado como “morir libre” o “muerte voluntaria”, y que en el fondo, implica “otra” forma de comprender “ésta vida”.

Con todo lo anteriormente dicho, se deben considerar varios aspectos que supone la reflexión del suicidio en nuestros días. En primer lugar, comprender la génesis y evolución de la carga valorativa que ha adquirido el término, desde el suicidio como algo contra natura a la voluntad de Dios, del suicidio como un crimen o como una enfermedad. En segundo lugar, la comprensión del acto suicida supone una reflexión sobre los presupuestos culturales, ideológicos y sociales que permean dicha decisión. No basta reducir o condenar al suicida fallido, al occiso o a los deudos, tratando de comprender los “hubiera” o encontrar en qué se falló a nivel personal, familiar o social, sino que el acto suicida

devela una especificación de la construcción de valores, personalidad y una forma específica de ver, asumir y comprender el sentido y finalidad de la existencia, y por ende de aquello que se entiende como “vida”. En tercer lugar, una vez que se ha dado la apertura a la discusión y reflexión sobre la autodeterminación física, uno de los temas que está abierta a la discusión y polémica es el referente al suicidio... ¿Existe algún tipo de suicidio que nos remita a un ejercicio lúcido, libre y autónomo con respecto a la vida? De ser esto posible, ¿no deberían facilitarse los medios para una muerte digna, para así evitar la elección de métodos certeros y dolorosos tales como un balazo, ahorcamiento, desangrado, arrojándose a las vías del metro o los accidentes automovilísticos? Considero que la prohibición explícita o implícita de quitarse la vida y la “campaña” sobre la sacralidad de la vida han fomentado la búsqueda de medios no dignos sino violentos, atroces y crueles para que un sujeto se quite la vida, y que tenemos muchos elementos para reflexionar nuevamente sobre el suicidio. ☞

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, Al. (2003). *El dios salvaje*. Barcelona: Emecé Editores.
- Amery, Jean. (1999). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos.
- Brena Sesma, Ingrid. (2007). *Panorama internacional en salud y derecho. Culturas y sistemas jurídicos comparados*. México: IIJ, UNAM.
- Heyd, David y Bloch Sidney. (2001). “La ética del suicidio”, en *Sidney Bloch, Paul Chodoff, et. al. (ed.)*. La ética en psiquiatría. Madrid: Ed. Triacastela.
- Pabst Battin, Margaret. (2006). *La menos mala de las muertes. Sobre eutanasia y suicidio, y otros ensayos sobre el final de la vida*. México: Ed. Paidós.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa.
- Séneca. (2000) *Diálogos*. Madrid: Ed. Gredos.
- (1989). *Epístolas Morales a Lucilo*. Madrid: Ed. Gredos.

ESTRUCTURAS FAMILIARES EN EL SIGLO XXI

Fecha de recepción: abril 2017.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2017.

Jose Pablo Rueda Villalpando
Especialista en cirugía cardiovascular

Grandes cambios se han dado en las estructuras familiares, los métodos de su dinamismo se están modificando radicalmente.

Las formas de constituirse y de funcionar se han dado fundamentalmente en las últimas décadas con la declinación del modelo patriarcal que se caracteriza por la autoridad ejercida por el padre sobre la esposa y los hijos. De acuerdo con Castells, esta declinación se asocia con los siguientes hechos:

- a) La incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha modificado los patrones habituales de funcionamiento del hogar, produciéndose una nueva distribución del tiempo, poder y trabajo al interior de la familia que afecta especialmente a las mujeres y que significa una sobrecarga de trabajo para ellas, ya que en este derecho a trabajar no se negocia el compartir la responsabilidad del cuidado de los hijos y del trabajo doméstico.
- b) Otro punto importante es el agotamiento económico, ya que un salario no es suficiente para mantener los gastos de la familia.
- c) Asimismo se agregan a la estructura social nuevas dinámicas familiares, como son

los hogares encabezados por la mujer, por los abuelos, o en menor porcentaje por el padre, también hogares unipersonales o por parejas del mismo sexo.

- d) Finalmente por quienes son los proveedores y responsables de la manutención familiar.

Las familias nucleares tienen una gran diversidad que se refleja por el envejecimiento de la población en los países de transición demográfica y del proceso de urbanización, así como por los cambios demográficos, en especial al descenso de las tasas de natalidad durante los años setenta. Actualmente la representación familiar ha mostrado cambios de mayor complejidad, la función del cuidado de los hijos se comparte cada vez más con otros agentes sociales, como la escuela, otros familiares, otros no familiares, o se dejan solos en la casa mientras trabajan los padres, esto según sus posibilidades económicas. Cabe también mencionar lo que estadísticamente se ha comprobado como aumento de la violencia intrafamiliar, acentuando en muchos casos por los problemas económicos, falta de tiempo para el cuidado y educación de los hijos y ausencia en el

trabajo doméstico, produciendo una nueva definición de roles conyugales donde el principio de igualdad se manifiesta lentamente y se relaciona con el aporte económico que realizan al hogar mujeres e hijos y la pérdida de importancia de las relaciones de jerarquía y de sumisión. Se observan también, aunque de manera incipiente, procesos de individuación con afirmación del derecho individual por sobre el familiar y énfasis en la realización personal por sobre los intereses familiares y la búsqueda de patrones de recreación individual y no como familia.

El cuidado y educación de los niños, el cuidado de los adultos mayores y de enfermos miembros de la familia que requieran de cuidados nos plantea la necesidad de cubrir funciones y tareas que tradicionalmente habían sido desempeñadas por las mujeres (sin retribución económica) y la ausencia de éstas en el hogar plantea una necesidad urgente de diseñar nuevas formas de cuidado. Por lo que se tiene que generar algunas políticas sociales que estén orientadas al bienestar de las personas y diseñar nuevas formas de cuidado familiar, de tal manera que se requieren modificaciones en el modelo económico, social y familiar cambiando hacia una mayor democratización de la vida personal.

Otro gran cambio es que en estas últimas dos décadas han aumentado en un gran porcentaje las familias no nucleares o también llamadas tradicionales, es decir, conformadas por un padre, una madre y los hijos. La mayoría son monoparentales, es decir de un padre o madre y los hijos; hay también compuestas, formadas por parejas con hijos producto de otras relaciones; o ampliadas, una familia nuclear y abuelos, tíos, etcétera; o también correlacionales, sin ninguna línea de parentesco. Asimismo hay las llamadas homoparentales, formada por parejas del mismo sexo. Por lo que es importante reconocer las nuevas relaciones familiares y

elaborar políticas públicas que atiendan sus necesidades.

La Dra. Andrea Sánchez, especialista en familias diversas en México menciona que se carece en el país de estudios sobre los cambios en la estructura familiar, así como de investigaciones que permitan medir objetivamente el impacto psicosocial de éstas y la problemática en cuanto a los asuntos legales y garantías de derechos.

La familia es un proceso evolutivo, una construcción social que va adquiriendo rasgos distintos. Sin embargo, en México los cambios en ese ámbito se han visto como un tema espinoso, que ha tenido una transición larga y difícil y al cual le falta reconocimiento social y gubernamental. ☞

Referencias bibliográficas

- Abreu, A. (1995). *América Latina, globalización, género y trabajo*. En ISIS-CEME7 trabajo de las mujeres en el tiempo global, Santiago
- Andrea Sánchez Zepeda. (2008) *Conferencia de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)*
- Arriagada, I. (1998). *Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas*. Revista de la CEPAL, 65, Santiago.
- Arriagada, I. & Godoy, L. (1999). *Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa*, CEPAL, Serie Políticas Sociales, n° 32, Santiago.
- Castells, 1998. actores económicos, proveedores y responsables del 32 Paidéia, FFCLRP-USP Rib. Preto, jan/julio/2000
- Calderón, F. Hopenhayn, M. & Ottone, E. (1993). *Hacia una perspectiva crítica de la modernidad: Las dimensiones culturales de la transformación productiva con equidad CEPAL*. Documento de trabajo N. 21, Santiago.
- Castells, M. (1998). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura El poder de la identidad, 2*, Madrid: Alianza Editorial. CELADE
- Centro Latinoamericano de Demografía (1998). *América Latina: Proyecciones de Población 1970-205*. Boletín Demográfico N° 62, Santiago. Giddens, A.
- Familias siglo XXI. Ediciones de las Mujeres NQ20, Santiago.
- Lagos, R.A. (1994). *Qué se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? Revista de la CEPAL, n° 54, diciembre, Santiago*.
- Barcelon: Colección. Península/Ideas. ISIS Internacional (1994). *Modernidad e identidad dei yo*. Reformas económicas crecimiento y empleo: los mercados de trabajo en América Latina durante los años noventa, CEPAL y FCE

The background of the page features a stack of books, with several dark teal and dark blue circular shapes overlaid on it. The text is centered within a large dark blue circle.

ESPACIO LIBRE Y CARTAS AL EDITOR

Ética de la vida

Elvia Lucila Lara Hernández

Médica cirujana, Especialidad en Pediatría

Bioética le llamamos
Ética de la vida
cuestiones de la vida y muerte
hablamos de lo sagrado
no de echarlo a la suerte

¿Dónde inicia la vida
cuando ésta acontece?
creo que no hay duda
icuestión de atención merece!

La Ética a la Moral cuestiona
la vida no es cuestionable
es don sagrado siempre
ies un don admirable!

¿Es humano o no lo es
porque se duda de ello?
bien estudiado está
el desarrollo embrionario
ies un ser humano ve!
no es algo imaginario

Que está malformado
puede así acontecer
pero es un ser humano
que merece nacer

Es producto de violencia
tal vez muchos lo somos
pero gran misión tenemos
eso es incuestionable
isolo deja que nazcamos!

Que ya está sufriendo mucho
todos en la vida sufrimos
lo que empieza siempre acaba
pero para algo nacimos

Es muy práctico lo se
hablar de utilitarismo
sin embargo no es ético
ies siempre un espejismo!

Ejemplo de ello es
hablar de pena de muerte
no hay delito que la merezca
haríamos el peor de todos
iDeja que su condena padezca!

Yo no decido la vida
tampoco la temida muerte
no la hice, no la destruyo
esa no es mi misión
iyo en la vida construyo!

Tampoco debo enseñarme
en mantenerme con vida
ino puedo vencer a la muerte
la muerte ya está vencida!

Cuestión difícil es
dar la mala noticia
difícil y necesaria
idebo hacerlo con pericia!

Con sencillez y verdad
con caridad y amor
varias veces lo haremos
ino se puede evitar el dolor!

Tampoco puedo anticipar
lo que pasará conmigo
ino se del futuro incierto
confío en Dios que es mi amigo!

Confío también en la ética
en la sabiduría del médico
en su objeción de conciencia
en su espiritualidad
en el avance de la ciencia

Ética de la vida
ila debo aplicar en todo!
dilemas de la existencia
si así lo hago es seguro
que todo saldrá bien
iporque actuo en conciencia! ☮



LECTURAS RECOMENDADAS

LA BIOÉTICA EN UNA SOCIEDAD LIBERAL

de Max Charlesworth

Fecha de recepción: noviembre 2017.
Fecha de aceptación: diciembre 2017.

Nora Urbana Sepúlveda Mozo

Médica cirujana y partera
Maestra en Educación
Especialista en Gerontología

El contenido de este libro presenta una discusión original sobre los temas contemporáneos de la bioética. En el cual el autor sostiene que, al no poder existir en las sociedades liberales un consenso público sobre un conjunto de valores centrales, también debería haber pluralidad de posturas éticas. Con base a esto, el autor discute temas como el suicidio, la eutanasia, las técnicas de reproducción artificial, o el debate sobre la distribución de los recursos sanitarios limitados. Es una obra de interés para quienes estén vinculados con los campos de la ética médica, así como a los lectores en general interesados en algunos de los temas más controvertidos de la ética contemporánea.

Su autor es un distinguido filósofo y bioeticista australiano de confesión cristiana, que lejos de la corriente eclecticismo académico de la disciplina, aboga con gran interés y brillantez por la filosofía liberal en bioética. Si bien esta última ha nacido de la sociedad democrática liberal, secular y pluralista, no habría permanecido fiel a la inspiración de aquella, pues sus valores fundamentales no parecen cumplirse en las políticas bioéticas

hoy día. Por eso la misión que se propone este libro es reivindicar el ideal liberal para la bioética.

Este libro es bienvenido al mundo de habla hispana, y sobre todo al latinoamericano, por su propuesta provocativa y hasta contracultural para nosotros, que vivimos en sociedades menos liberales y más paternalistas y conservadoras que las anglosajonas y, en general, primermundistas. Es una invitación a pensar democráticamente. Se divide en seis contenidos básicamente: Introducción; El idealismo liberal y el concepto de autonomía; Como terminar la vida; Como iniciar la vida; Distribución de recursos en la asistencia sanitaria; y el Consenso en una sociedad liberal; además del Índice temático y de autores. Por lo que este libro es más que los manuales de bioética. ☩

LA CUESTIÓN DEL MÉTODO EN BIOÉTICA CLÍNICA:

Aproximación a una metodología adaptada al contexto de la realidad mexicana de Elizabeth de los Ríos Uriarte

Nora Urbana Sepúlveda Mozo

Médica cirujana y partera

Maestra en Educación

Especialista en Gerontología

Fecha de recepción: noviembre 2017.

Fecha de aceptación y versión final: diciembre 2017.

El artículo propone una metodología de análisis bioético, para el abordaje de casos clínicos, a partir del contexto mexicano. Lo anterior no resulta una tarea fácil, puesto que la bioética se nutre de diferentes disciplinas para el abordaje de los dilemas a los cuales se enfrenta, por lo cual la metodología tendrá esas características interdisciplinarias. Además, debemos considerar los diferentes actores partícipes de los casos: profesionales de la salud, pacientes y familiares del paciente.

Se enumeran las diferentes metodologías utilizadas en bioética, todos ellos partiendo desde un punto de vista objetivo, para disgregarse en elementos subjetivos de análisis:

- a) casuística (enfocada en el estudio de casos particulares);
- b) Metodología de Thomasma y Pellegrino (que analiza los casos de forma sistemática mediante seis pasos establecidos);
- c) Metodología de Siegler, Jonsen y Winslade (que parte del análisis de cuatro rubros para los casos bioéticos);

d) Propuesta de Berbard. Lo que brinda al médico un respaldo a sus valores al momento de su desempeño profesional; y, finalmente,

e) Metodología de James Drane (también consistente en cuatro etapas de análisis, pero con ambigüedades al momento de buscar la respuesta al problema bioético).

Para el establecimiento de la metodología acorde a nuestro contexto, primeramente el autor hace mención de varios elementos por considerar: El machismo, la violencia intrafamiliar y contextual, el vacío legal, la pobreza y escasez de recursos.

La autora, finalmente, propone un “Formato de análisis de caso y emisión de recomendaciones”, que se compone de cuatro apartados, además de un anexo:

- I. Datos generales.
- II. Motivo de consulta.
- III. Análisis del caso.
- IV. Recomendaciones. ☞

ENCUENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

EL PAPEL DE LA BIOÉTICA ANTE LA VIOLENCIA EN EL SIGLO XXI

Fecha de recepción: noviembre 2017.
Fecha de aceptación: diciembre 2017.

Marisabel Rivera Jiménez
Responsable Estatal de Comités hospitalarios en
Bioética



Siguiendo lo que ya es una tradición, el evento anual de la Comisión Estatal de Bioética, que desde 2006 se ha instaurado como el magno acontecimiento, y éste año no fue la excepción. El Encuentro Nacional de Bioética 2017 con un tema que además de actual, es necesario en los acontecimientos del mundo. Con apoyo del Instituto de Salud del Estado de México, se llevó a cabo el día 17 de noviembre en el teatro del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), de la ciudad de Toluca de Lerdo.

Dió inicio con la participación del Maestro Víctor Manuel Navarrete Villarreal, quien es Director General del Centro Estatal de Mediación, Conciliación y de Justicia Restaurativa del Poder Judicial del Estado de México, con la plática “La problemática en la impartición de justicia en temas de bioética”, centrado en la situación actual que vive el país en aspectos de justicia, habló de esa aspiración del sistema judicial de alcanzar si no la perfección, sí la confianza de la ciudadanía. Sin embargo, no es tarea fácil, ya que además de los problemas comunes, se identifican los temas que son bioéticos, no porque antes no existieran, sino que es hasta esta época que son evidenciados como casos con esa temática; y es ahora con el nacimiento del Bio-derecho, que logran capturarse y tratarse de forma diferente a como se habían estado evaluando. No es sencillo el impartir justicia, pero es necesario, y es obligatorio, reformar para estar actualizados en estas nuevas necesidades de la sociedad, que como la historia la ha marcado, evoluciona, y se enriquece; el sistema de impartición de justicia, ahora, apoyado con la bioética, se ha convertido en una herramienta de ayuda y fortalecimiento, siendo ahora una aliada.

Después de los aplausos de los asistentes por la magnífica reflexión del Maestro Navarrete Villarreal, continuó la Dra. Sheila Adriana Mendoza Mojica, con su plática “La violencia social y sus repercusiones en la salud mental”. Licenciada en Psicología por la Universidad Salesiana, actualmente, Doctorante



en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma del Estado de México, ha realizado estancia académica en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría. Dio una amplia visión de cómo la violencia en la actualidad, ha impactado a los adolescentes de Tejuzilco, quienes han tenido cambios en su comportamiento y en la forma de convivir con su entorno social y familiar, después de haber sufrido ataques violentos, cambiando la percepción de ellos mismos, reflejados en depresión, ansiedad y baja autoestima, principalmente. Sin duda, un tema para reflexionar, ya que el futuro de nuestro país, son los jóvenes que hoy en día, son violentados y muchos también, violentan a su entorno.

A continuación, fue el turno del Doctor en Filosofía Ángel Alonso Salas, con la plática “La violencia en la adolescencia y su impacto en la sociedad actual”. El Doctor Alonso Salas es Doctorado en Filosofía de FFyL de la UNAM, y cuenta también con el Doctorado en Ciencias con énfasis en Bioética de la Facultad de Medicina, UNAM. Es Profesor Titular A Tiempo Completo Definitivo de CCH Azcapotzalco, UNAM. Actualmente tiene el cargo de Director de la Revista Murmullos



Filosóficos del Colegio de Ciencias Humanas UNAM. Su plática comenzó con un dato relevante: la cantidad de feminicidios en Latinoamérica, es de 12 al día, y en México suceden 7 de éstos 12. El último año el Estado de México ha reunido la misma cantidad que en Ciudad Juárez en doce años. Mencionó que son los docentes los testigos de cómo los adolescentes caen en temas de violencia, siendo el entorno que los rodea, que contemplan aspectos familiares y su situación económica; además los problemas raciales y las diferencias sociales, aunado a la descomposición social y pérdida de valores, resultan en la exacerbación de la violencia, y además en la normalización de la misma. Todo esto junto con la percepción de nuestra sociedad mexicana de lo que es la muerte, es decir, no solo justificándola si no aceptándola en cualquier ámbito que ésta sucede, como son las desapariciones o personas acribilladas. Mencionó además, el nuevo concepto “Violencia de Género” que sucede en contra de las personas que elijan algún género, es decir la elección personal del ejercicio sexual de su propio cuerpo, independientemente que tenga sexo biológico hombre o mujer.

La violencia en México se ve reflejada en números. El informe de INEGI en marzo de 2017, el 51.4% de la población en México, son mujeres, de las cuales, de acuerdo a la UNAM,

el 63% de mujeres de 15 años han sido violentadas de cualquier manera, desde burlas por su vestimenta o aspecto físico, golpes, violaciones e incluso muerte a manos de su pareja. El crecimiento en las tasa de feminicidios desde 2012 ha incrementado exponencialmente, en el Estado de México, de 2005 a 2013, de 2.4 a 9.2 por cada 10000 mujeres; en el país hay de 7 a 10 muertes a diario, de los cuales 5, son en el Estado de México, algo en qué pensar y preocuparse. La reflexión a la que nos llevó, el Dr. Alonso, después de enfatizar en cifras tan crudas, es sin lugar a dudas que, normalizamos la violencia, desde el saludo de un hombre hacia una mujer puede haber datos de violencia, por ejemplo al no mirarla a los ojos directamente y desviar la mirada a alguna parte de su cuerpo, normalizar piropos, normalizar imágenes en medios de comunicación con mujeres semi-desnudas, no darles la importancia que requieren las desapariciones de cientos de miles de mujeres en el país “porque ellas se lo buscaron”, y otras muchas actitudes en las que las mujeres desde muy jóvenes son víctimas. Las acciones a mejorar desde nuestro entorno podrían ser sencillas.

Primero es evitar actos violentos a nuestra persona y hacia el resto de los que nos rodean, y educar a la juventud en evitar realizarlos y si son víctimas denunciarlos.

La Bioética actúa en capacitar al personal docente, clínico e institucional contribuye a crear una conciencia para la no Violencia y fomentar una Cultura de la Paz, Ética y Bioética.

En segundo lugar se busca contar con una infraestructura médica, que brinde apoyo psicológico a víctimas, familiares, y además extenderlo a docentes, médicos, y personal que interactúa con las víctimas a fin de evitar los reproches, las burlas, el “bullying” y “ciberbullying”.

En tercer lugar incluir éstos temas en la programación que tengamos dentro de nuestras instituciones.

En cuarto lugar, el compromiso de cada uno de nosotros, para que en nuestros lugares de trabajo se traten éstos temas, hablar de la violencia de género, de los feminicidios, suicidios, etcétera, no negar el tema. Y en último lugar, crear redes de apoyo a las víctimas, en donde trabajamos, para así darle un apoyo real y completo a las víctimas, y además a la prevención de que esto suceda donde nosotros nos encontramos.

Después de agradecer al Dr. Alonso Salas su intervención, dio inicio la ceremonia de inauguración, con la participación de nuestras autoridades, siendo presidida por el Dr. César Humberto Botello Ortíz, Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad, quien además dio el Mensaje Institucional y Declaratoria Inaugural de éste XI Encuentro Nacional de Bioética. Lo acompañaron en el presidium: el Dr. Raúl Jiménez Piña, Director de Planeación y Desarrollo Académico de la Comisión Nacional de Bioética quien dio la Exposición de Motivos de éste XI Encuentro Nacional de Bioética; además estuvieron presentes el M. en S.P. Salvador López Rodríguez, Director de la Facultad de Medicina de nuestra máxima casa de estudios; y como anfitrión del evento, el Dr. Leopoldo Daniel Soto López; como representante de la Delegación Regional del IMSS Zona Poniente. Así

como también, el Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México; como representante de la Delegación Estatal del ISSSTE el Dr. Juan Carlos Peña Cervantes; el Dr. Guillermo Vical Vázquez, en representación del Director General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; el Dr. Gregorio Francisco Mendoza Sánchez, en representación de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; y la Dra. Ana María Millán Velázquez, Responsable Estatal del Programa de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México.

A continuación, tuvo lugar la conferencia magistral que corrió a cargo del Dr. Gustavo Ortiz Millán, con el tema “Objeción de conciencia y aborto”; el doctor Ortiz Millán es investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas, (UNAM), y miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT; es doctor en filosofía por Columbia University en Nueva York, y actualmente es miembro de distintas asociaciones, como la Asociación Filosófica de México, la Asociación Latinoamericana de Filosofía Analítica, la American Philosophical Association, la International Association of Bioethics, el Colegio de Bioética, entre otras. En esta ocasión, nos honró con su presencia hablando de un tema delicado para la sociedad, pero igualmente, necesario. Hablar de aborto, y anexarle, la objeción de conciencia en la labor de un médico o profesional de la salud. Comenzó indicando que en abril del año 2007 en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, se aprobó la ley de Despenalización del Aborto, la Cámara de Diputados aprobó una iniciativa de Ley de Objeción de Conciencia, que para él, está mal diseñada. Ésta Objeción de Conciencia debe estar incluida en todo, es un derecho, los médicos tienen derecho a la objeción, y no sólo en medicina, si no en cualquier ámbito donde esté sujeto a una obligación o un mandato superior, de acuerdo a indicaciones legales o religiosos. El concepto surge en la milicia, el ejército fue quien

comenzó a objetar acudir a guerras cuando se consideraba pacifista; se da también en el ámbito de la educación, donde alumnos en clases con vivisecciones se oponen a éstas, por considerarlos procesos crueles e innecesarios; ahí ya hay derecho a objeción. Sin embargo se ha visto como boicot, a partir de la despenalización de la interrupción del embarazo, el 88.5% del personal médico, 256 de 289, se declaró objetor de conciencia y se rehúsan a practicar abortos. La Ley General de Salud, permite la objeción de conciencia, siempre y cuando se refiera la paciente con otro médico y/o hospital que pueda llevarlo a cabo. De inicio fue una iniciativa conservadora, sin embargo, no es una desobediencia civil como muchos la han conceptualizado.

Es obligatorio además, hacer la observación que el médico que se ha comprometido a salvaguardar la salud de su paciente, está también obligado a respetar el derecho del paciente a la autonomía misma, es decir, los ginecólogos se deben primero a la paciente mujer. Los comités de Bioética son los que deben ayudar a restringir, si se da el caso, a la objeción de conciencia de un médico, es decir, lo ideal es dejar de lado el absolutismo en el cuál ha sido atrapada la objeción de conciencia. Por otro lado, está el movimiento del incompatibilismo, con el cual muchos pensadores argumentan, que si el médico desea objetar por conciencia, no debería ser médico, sobre todo en los países donde no hay una cobertura de salud de más del 80% como lo es nuestro país, en que el 50% de los médicos se encuentran en los 5 estados más ricos del país, y el resto de los médicos, se encuentran repartidos en los 27 estados restantes, es imposible concebir una medicina objetora donde ni siquiera hay médicos y personal de salud suficiente para la población. Al final, es la responsabilidad de los Comités de Bioética, los encargados de mediar entre éstas dos corrientes, siempre y cuando, el objetivo principal sea la salud del paciente.

Objetar conciencia, pareciera entonces que

es desobedecer la ley, hablando de la Ley General de Salud, esto puede desencadenar que cualquier persona puede objetar conciencia, incluso en lo que concierne a un ciudadano de pago de impuestos, porque le parezca inmoral. Además, se debe mencionar, que la objeción de conciencia es un derecho individual. Es por eso que el Estado está obligado a regular el derecho a la objeción de conciencia, deberán especificar quién sí tiene derecho a objetar conciencia y quién no, podrán hacerlo sólo los médicos, o estará ampliado a otros profesionales. Sin embargo, es inevitable preguntarse si sólo los médicos serán los agraciados con éste derecho; es aquí donde el Dr. Ortiz Millán cree conveniente que sean los comités de Bioética de cada Hospital en ayuda de la CONBIOETICA quien regule en cada caso, quién puede ser objetor, de acuerdo al tema que estén analizando. Además, es necesario que el objetor, si le dan el derecho a objetar, no sea señalado, o atacado, es decir que los objetores no reciban tratos discriminatorios por haber realizado un uso de derecho, es por eso que la Ley que se está desarrollando en el Legislativo, debe ser revisada a conciencia; es el Estado quien debe legislar adecuadamente, porque entonces será el Estado quien si no protege, deberá enmendar lo que de ello derive, si no da derecho a objetar, deberá obligar al objetor a realizar lo que por ley está obligado, por ejemplo.

Finalizó su presentación puntualizando que en otro punto de vista, son las leyes aprobadas, las que indirectamente regulan la moralidad de la población, actualmente la tasa de aprobación al aborto en la CDMX es alta, más del 80%, esto, ocasionando ahora que el aborto es legal, que la población lo perciba adecuado, contrario a como era percibido antes de la ley aprobada en la capital del país.

Después de un breve receso, los trabajos se reanudaron con la ponencia “Retos legislativos actuales ante la desintegración familiar a favor de la Bioética”, en la cual el Licenciado



Sergio López Manjarrez, servidor público de la Contraloría del Poder Legislativo del Estado de México, Cursa la Maestría en Políticas Anticorrupción en el Instituto Nacional de Ciencias Penales; Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad Autónoma del Estado de México, docente de varias universidades. El licenciado comenzó con la reflexión de cómo en la actualidad, es el dinero, lo que controla el estatus de una persona, sobre todo en los adolescentes; ¿cuánto tienes, qué tienes para presumir?, para entonces ser digno de miradas o amistades. Las familias buscan trabajar más para poder proveer con más dinero, es ahora el dinero signo de estatus más que el poder, como antes lo era. En México, la globalización ha mermado, como por ejemplo el uso de la tecnología, ya que es además, un reto en la que debe actuar el legislativo de la federación. Grupos vulnerables como son los niños y los adolescentes, que actúan bajo estándares de comportamiento; o por ejemplo, retos como el mencionado “reto de la ballena azul”, los padres, ya no ven a sus hijos, estos juegos en los que se deben cortar, tatuar, es decir autoagredirse, violentar su cuerpo para poder entrar en los grupos elite que por las redes sociales se rigen. Otro

problema muy grave es el “Sexting”, éstos mensajes en ropa interior o sin ella, en posiciones eróticas, que pueden llegar a circular por toda la comunidad estudiantil, y que no sólo se quedan ahí, sino que además se vuelven virales y para la mente de un adolescente que sea evidenciado de tal manera, en forma masiva, lo revasa, y llegan a perjudicar no solo su desempeño escolar, si no social y llega a terminar en suicidios. Es el sexting, la puerta de entrada quizás para otro problema en la red, el “Grooming” que de manera sencilla podemos definir como el conjunto de estrategias que una persona adulta desarrolla para ganarse la confianza del menor a través de Internet con el fin último de obtener concesiones de índole sexual. Es así que, niños y adolescentes están siendo violentados por acosadores sexuales, pederastas, de manera virtual, primero con imágenes, pero también en un grado avanzado de confianza, los citan para abusar de ellos, el niño o adolescente acude, y regresa a su casa para la hora de la cena, donde sus padres no se dan cuenta de que está siendo violentado. Se dan indicios de cambios de actitud en ellos pero sin comunicación en la familia, no se logra descubrir el verdadero enemigo. Esos enemigos virtuales que no tienen rostro, pero

que atacan a los niños y adolescentes con una herramienta que los mismos padres les otorgan: los celulares, las tabletas, y claro, el acceso libre a internet, sin supervisión; es ilógico creer que deban retirarse éstos dispositivos, si además que se los damos, los exigimos en las escuelas para que los niños aprendan con nuevas aplicaciones virtuales; es necesario que el cambio sea de los padres hacia los hijos, más y mejor vigilancia, mantener la comunicación con ellos. Dió datos actuales en México: el 59.1% de la población, son usuarios de internet; el 47% de la población mexicana tiene acceso a internet desde su casa o trabajo/escuela; y el 73.6% a partir de los 6 años cuentan con teléfono celular. Es imposible limitar el acceso a éstos dispositivos, pero sí podemos afrontar los nuevos peligros tecnológicos, con reformas legislativas, pero sobre todo, con educación y acercamiento desde la familia. Finalizó, con una reflexión de los principios bioéticos para jóvenes: Dignidad humana en nuevas generaciones, respeto de la vulnerabilidad humana y social, responsabilidad social, desde puestos laborales, desde las familias. La educación siempre se origina en la sociedad, y la sociedad está formada por las familias.

Después de la excelente plática del licenciado Sergio López, continuamos con el Simposio: “La Bioética ante la violencia actual”. Se inició con la plática: “El papel de la bioética ante la violencia actual” expuesta por el Mtro. Giovanni Miguel Algarra Garzón, Investigador del Programa Universitario de Bioética en la UNAM, quien comenzó su charla, comentó que lo de hoy es la normalización de la violencia, pareciera que ya no sorprende a nadie un acto violento cercano. Sin embargo, es necesario observar de dónde viene, cuáles son los orígenes que marcan lo que hoy es ya algo tan normal como la violencia en nuestra sociedad. Es necesario hacer notar que viene de la mano de la pobreza; la internacionalización de la pobreza más que el mejoramiento de la situación humana, es lo que hoy nos ha dado lugar a actos violentos en masa, basta ver cómo incluso, las mejores

ciudades del mundo, son también, nidos de personas violentas que se originaron por estar en condiciones de pobreza como los “homeless” o vagabundos. No sólo las ciudades pobres albergan personajes sin techo donde dormir, es ya una generalidad de todas las ciudades del mundo, tener grupos de personas en extrema pobreza. México no es la excepción por su puesto, incluso es escenario de películas donde desean reflejar el fin del mundo, o éste empobrecimiento internacional que parece no tener control ni fin. Tomando en cuenta éste preámbulo, aterriza el papel de la bioética en éstas situaciones de violencia, y, acepta que está presente la corrupción dentro de la Bioética, puesto que se ha observado que son los comités de bioética, los que ocultan verdades o condiciones, a fin de proteger la institución a la que pertenecen y no así al paciente; es necesario que un acto así, sea eliminado por parte de los Comités de Bioética en las unidades hospitalarias y las instituciones de salud, que están para cuidar al paciente y no sus propios intereses.

A continuación, la doctora Garbiñe Sarawatari, con su plática “El impacto de la tecnología en la integridad personal”; ella es Doctoranda en Derechos Humanos por la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España (Madrid, España). Actualmente es Jefa del Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales en el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN). La doctora Sarawatari utilizó dibujos de niños y adolescentes de un concurso a nivel nacional, que lejos del objetivo “¿Cómo es el lugar dónde vives?” y el resultado fueron dibujos de personas muertas, balaceras, niños en casa sin poder salir a los parques y vivir con inseguridad. Es importante que veamos cómo perciben los niños y adolescentes su entorno. Sin embargo hay que ver cómo nuestra década ha cambiado tan radicalmente, y es sin duda por el auge del internet en nuestra vida cotidiana, las redes sociales mueven millones de datos con información que ahora al instante podemos consultarlo. Las actividades de la

humanidad en redes sociales se han vuelto además violentas, el cyberbullying es real y da muchos problemas a grupos de niños y adolescentes afectados. Claro que ellos son los más afectados, sin embargo podemos ver un desgaste de humanismo entre la sociedad, usamos todo nuestro entorno para poder llevar una “vida cómoda y feliz” sin ver que es el entorno el que estamos matando a costa nuestra, finalizó con un video animado con ésta temática.

Prosiguió el Dr. Miguel Ángel Karam Calderón, con su plática “Determinantes Sociales en la Violencia”; él es Médico Cirujano con Maestría en Ciencias de la Salud Ambiental por el Instituto Nacional de Salud Pública, y estudios de Doctorado en Epidemiología en el INSP y Doctorado en Ciencias sociales por la UAEMéx, es miembro de la Red de Epidemiología Ambiental de la OMS, profesor e Investigador de tiempo completo de la Facultad de Medicina de la UAEMéx, entre otras actividades. El doctor Karam hizo un primer análisis en cómo percibimos la salud en nuestra sociedad, comentó que desde los sistemas de salud hasta el individuo, conciben la salud como el no enfermarse, creando un miedo a la enfermedad, y que realizan estrategias de “salud” como estrategias para no enfermarse. Las ferias de la salud, en realidad son ferias a la detección de enfermedades a temprana edad o promover acciones, para no enfermarnos. En un segundo momento, nos habló de los determinantes sociales de la salud, se refiere a cómo el medio ambiente en el que vive una sociedad es importante para detectar de qué se pueden enfermar sus habitantes; éstas condiciones en las que se desarrolla un ser humano implican que a futuro entorpezcan el crecimiento no solo individual sino en el colectivo. Por ejemplo, la pobreza, un ser humano pobre, se va a enfrentar a más obstáculos, para por ejemplo, alcanzar un objetivo de educación, desde alimentación, transporte, horas invertidas en trasladarse desde su domicilio hasta la escuela; eso por mencionar algo. Las clases sociales generan diferentes expectativas

de cómo tienen acceso a servicios básicos como lo es la salud. Además, es importante resaltar que ahora, es el gobierno el que culpa a la ciudadanía si es que llega a enfermarse, estamos en la época en la que, tú eres responsable de tu salud, a tal grado que ahora, si te enfermas las políticas de salud no quieren abarcar ciertas enfermedades por estar ligadas al estilo de vida de los habitantes de una sociedad. Concluye mencionando que esto es algo en lo cuál reflexionar.

Recordando el lema de este encuentro “El papel de la Bioética ante la violencia en el siglo XXI”. Un tema delicado por el fuerte impacto que tiene en el mundo actual, lamentables hechos que acontecen diariamente con el mismo común denominador: la violencia. Abordarla y entenderla es sin lugar a dudas, una necesidad; que tal vez es nuestra época la suma de siglos sin haberla abordado, y el resultado es hoy en día, una sociedad acostumbrada a los actos violentos diarios, es ya, lo cotidiano e incluso, lo normal en muchos lugares. El ser humano, ha cerrado ojos y oídos ante la violencia, como una manera de protegerse de ella, sin ver que es éste actuar pasivo, el que ha provocado su crecimiento exponencial. Es entonces obligado, tratarla en foros públicos, hablar de ella, comprenderla, y entonces, tener herramientas para descifrarla; sólo así podremos tener una oportunidad de cambiar el entorno actual de la humanidad. Mejorar como sociedad y por supuesto, mejorar como especie. ☩

IV

REUNIÓN ESTATAL DE COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA Y COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Fecha de recepción: julio 2017.
Fecha de aceptación: diciembre 2017.

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





Tras doce años de haberse introducido la bioética en el quehacer sanitario del Estado de México, ésta se ha constituido como una herramienta esencial para la resolución de dilemas que se generan en el proceso de atención en salud y en donde entra en juego el conflicto de valores. Permite a través de una metodología evaluar los casos clínicos y protocolos de investigación con base a los requisitos éticos asentados en el respeto a la dignidad humana, propia de la relación clínica del profesional de la salud con los pacientes que ingresan al sistema de salud y sus familias, con el fin de mejorar la calidad de la atención.

Así mismo en un contexto de globalización e inmersos en los avances científicos, 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 Nacional a través de la Comisión Nacional de Bioética y las Comisiones Estatales de Bioética, han impulsado la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y Comités de Ética en Investigación (CEI), en las instituciones de salud públicas y privadas. Asimismo la Comisión Nacional de Bioética 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 cuarto año consecutivo, la Secretaría de Salud del Estado de México y la Comisión Estatal de Bioética, en coordinación con la Comisión Nacional de Bioética convocaron a la “IV Reunión Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación” misma que se llevó a cabo en el auditorio “Ing. Salvador Sánchez Colín” dentro de las instalaciones del conjunto SEDAGRO, el día 20 de junio de 2017, en punto de las 9:00 horas, y a la cual acudieron 340 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 tanto públicas como privadas.

El programa académico inició con la participación de la Maestra Areli Cerón Sánchez quien impartió la conferencia “Importancia de los Comités de Ética en Investigación en el Contexto Nacional” 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 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.

Por otra parte habló, también de los antecedentes de la investigación científica en

seres humanos y los momentos históricos que hicieron necesaria la introducción de los principios bioéticos en la vigilancia de la investigación científica y la creación de los Comités de Ética en Investigación (CEI's) 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 sin la profesionalización de sus integrantes, y el establecimiento de redes entre los involucrados en las investigaciones, para garantizar la seguridad, bienestar y beneficios de los sujetos de investigación; concluyó mencionando 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 aco- tado por la presentación del Dr. Samuel Weingerz Mehl, quien es, el coordinador de la

maestría en Bioética en la Universidad Aná- huac y Jefe del departamento de Comités Hospitalarios de Bioética en el hospital "Ma- nuel Gea González", quien presentó el tema: " Los beneficios del Comité Hospitalario de Bioética", el cual alude a que los propósitos de los Comités Hospitalarios de Bioética son en función de prevenir la enfermedad, pro- mover la salud, aliviar el dolor y el sufrimien- to que acompaña al paciente, a la familia y hasta el propio grupo médico; además de atender y cuidar de los enfermos que no tie- nen cura, por medio de cuidados paliativos, prevenir la muerte prematura e innecesaria y ayudar al paciente a tener una vida digna hasta el último momento de ésta. Hace men- ción a la parte educativa, donde es impor- tante contar con un bioeticista que organice y dirija el CHB con apoyo de los directivos, el cual tendrá una función orientadora para ayudar a cumplir las normas, incluyendo el consentimiento informado del paciente. La formación académica de dicha persona debe ser de un diplomado o maestría, además de mantenerse laborando en el ámbito, con la finalidad de que se convierta en líder, lo cual es conveniente se realice en la primera se- sión del CHB, en donde se otorgan nombra-



mientos y se organiza el CHB, apoyado por los directivos, quienes están representados por los presidentes de los dos comités, pues los directivos son invitados especiales que únicamente pueden escuchar las decisiones, sin posibilidad de tener voz y voto en las mismas.

Agregó, que las guías nacionales de integración y funcionamiento dicen que los objetivos de los CHB son apoyar a la resolución de problemas éticos derivados de la atención médica propiciando la toma de decisiones prudentes y racionales para salvaguardar la dignidad, los derechos, seguridad y el bienestar de todos los potenciales participantes en la prestación de servicios. Actuar en el interés de los participantes en la prestación los servicios hospitalarios y de las comunidades involucradas.

Además, nos refiere que una función de los CHB que no viene en las guías de funcionamiento es la de investigación, la cual posibilita identificar las necesidades que tiene la sociedad en el hospital, qué dudas tiene y apoyar a las políticas internas para solucionar los problemas.

El Dr. Weingerz puntualizó que la Comisión Nacional de Bioética nos define claramente que los CHB se comprenden como espacios de análisis, reflexión y estudio; haciendo énfasis en que en ninguna parte establece que su función sea dictaminar o juzgar, por el contrario, analizan y reflexionan para auxiliar al personal de salud en el ejercicio de su atención a los pacientes y familiares que requieran el servicio. Dado lo anterior, es importante que se incluyan a los trabajadores sociales, abogados, enfermeras; el comité tiene que dictaminar con el jurídico. Es decir, debe ser multidisciplinario e interdisciplinario para atender los casos de conflicto, ayudar a disminuir las demandas civiles, administrativas, laborales y penales.

Aclaró que los CHB son organismos independientes para la toma de decisiones, siguien-

do una metodología casuística, bien preparados; plural, en donde tengan participación los jóvenes, los residentes que contribuyan a nuevas y mejores maneras de tratar a los pacientes. Todos los participantes en el comité lo hacen de manera voluntaria. Se proponen cosas buenas, ordinarias, útiles, porque lo que se necesita es ayudar a los pacientes, familia y a los médicos tratantes afrontan conflicto. Los casos son resueltos de manera colegial, interdisciplinario; despejan inquietudes, dudas, y ayudan a los sentimientos de todos: pacientes enfermeras, médicos, trabajadores sociales, directivos, etc., respetando los valores de todos. Todo familiar quiere que lo escuchen con detenimiento, se necesita alguien que los oriente, junto con los médicos tratantes, a que otorguen mejor consentimiento verdaderamente informado.

Hacia el final de su participación, el ponente remarcó que es importante dar seguimiento a las decisiones, puesto que se tiene que asegurar que se estén siguiendo las recomendaciones del paciente.

El siguiente punto fue la presentación en la sesión plenaria por parte del Maestro Giovanni Miguel Algarra Garzón, catedrático titular de la Universidad Autónoma de México, quien inició su participación comentando que pertenece al Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM y agregó que trataría de relacionar el tema del “Estado Laico y la Bioética”; al respecto dijo que los debates bioéticos, parecieran muchas veces interminables y en ocasiones difícilmente llegan a cumplir sus objetivos finales. En segunda conceptualizó el término de laicidad, como el origen de los estados laicos que iniciaron en la revolución francesa, en donde la iglesia católica jugó un papel importante del lado de los vencidos, Francia planteó una Ley que puso una división en la estructura estatal, donde la iglesia católica comenzó a perder influencia en las cosas del estado. Esto fue adoptado como elemento constitutivo del Estado Mexicano.



En el Artículo 40 Constitucional que refiere lo siguiente “Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, laica y federal, compuesta por Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior, y por la Ciudad de México, unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental”.

Enfatizó en la pregunta: ¿Por qué la importancia de la laicidad? El concepto de la Laicidad, según Miguelangelo Overo, lo podemos entender como antiautoritarismo no es antirreligioso, pero plantea que la Laicidad es anticlerical y anticonfesional, es decir, que la subordinación de las instituciones del estado a una religión interpretada por el clero no ocurre en los estados laicos.

Agregó que Luis Salazar Carrión plantea una diferencia entre la laicidad institucional y la laicidad intelectual, la laicidad es un

concepto según Salazar normativo y jurídico, él considera que los aspectos normativos corresponden al lado intelectual y que los aspectos jurídicos corresponden al lado institucional de la laicidad. En términos operativos Justo Sierra planteó un estado laico, un estado neutral frente a los poderes de la iglesia, la neutralidad entendida como la posibilidad de desarrollar las prácticas religiosas sin intervención del estado y la libre cátedra al margen y sin intervención de la iglesia o de los aspectos religiosos.

Mencionó que en las cuestiones de laicidad se encuentran tres momentos: una laicidad combativa, una laicidad basada en el reconocimiento y un momento basado en la integración, esto quiere decir que en el momento en que en la laicidad se basó en aspectos combativos fue una laicidad muy radical en la cual se sancionaron a algunos sacerdotes que consideraron que habían intervenido peligrosamente en los asuntos en contra de la república, después pasaron a una laicidad basada en el reconocimiento, del reconocimiento al multiculturalismo y a la diversidad de religiones que fueron apareciendo en Francia, como la musulmana; el papel de la laicidad en este momento fundamentalmente actuó sobre la integración, aceptando esta diversidad como cultura más que como mera religión, en la actualidad se considera que la laicidad republicana tiene ese fundamento en la integración.

Uno de los aspectos que ha llamado la atención en lo que respecta a la laicidad es cuando en el escenario público se utilizan los símbolos de pertenencia religiosa, en escuelas o en la vía pública, como lo son la vestimenta musulmana, o los crucifijos, o cualquier otro símbolo. La república francesa ha prohibido el uso de simbología religiosa de forma ostentosa y solicita hacer uso de ellos a discreción.

El soporte que da al Estado Francés a actuar de manera laica básicamente se fundamenta en dos situaciones: en la justicia distributiva, siendo que en esa época en donde surgie-



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, en las cuales se presentaron 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, que incluyen puntualmente los requisitos y formatos correspondientes para la integración y el registro de los mismos ante la Comisión Nacional de Bioética CONBIOETICA. Esta información estuvo a cargo de la Dra. Karen Aguirre Albrecht como Jefe del Departamento de CHB's y del Maestro Edén González 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.

ron tal diversidad de religiones y culturas en Francia, la mayoría de ellos pertenecían a un sector pobre de la población y las acciones prohibitivas de culto o uso de simbología como la vestimenta propia de ciertas culturas era encaminada a la homogenización de la población y evitar en cierto grado la diferenciación de clases sociales, siendo así, una sociedad inclusiva, en la que cualquier persona, evite sentirse vulnerable ante señalamientos morales o religiosos.

Finalizó enfatizando la importancia de la separación del Estado Laico, no solo referente a la religión sino a la importancia de permanecer en un espacio soberano, en todos los aspectos de la cultura, la sociedad e incluso las políticas públicas. Se despidió agradeciendo la atención de los presentes.

Por la enorme participación y la calidad de las presentaciones de los ponentes, este curso cumplió exitosamente con los objetivos y nos compromete a que los siguientes sean mejores, porque: "los trabajadores de la salud son nuestra base, la capacitación nuestros pilares y los pacientes nuestro soporte".✚



CURSO TALLER

“Cultura de la Paz y Resolución Pacífica de Conflictos y Mediación”

Fecha de recepción: septiembre 2017.
Fecha de aceptación y versión final: diciembre 2017.

María Dolores Alanís Miranda

Responsable de Comunicación Social y Capacitación
de la Comisión de Bioética del Estado de México

La Cultura de la Paz consiste en una serie de valores actitudes o comportamientos, que rechazan la violencia y previenen los conflictos, tratando de atacar sus causas con el fin de solucionar los problemas mediante el diálogo y la negociación entre las personas y las naciones, teniendo en cuenta un punto muy importante que son los derechos humanos. Hoy más que nunca debemos redoblar esfuerzos para construir juntos y en todos los planos una Cultura de la Paz, y uno de los mayores desafíos será mejorar el diálogo, la comprensión y la colaboración entre culturas y civilizaciones.

En el año 2000 fue proclamado el manifiesto para la cultura de la paz y no violencia. Las Naciones Unidas iniciaron un movimiento que exige la participación de todos en un cambio evolutivo para forjar un mundo mejor más justo, más solidario, más libre, digno y armonioso y con mejor prosperidad para todos.

La Declaración de la Cultura de la Paz identifica ocho ámbitos de acción que proponen:

1. Promover una cultura de paz por medio de la educación.

- 2.Promover el desarrollo económico y social sostenible.
- 3.Promover el respeto de todos los derechos humanos.
- 4.Garantizar la igualdad entre mujeres y hombres.
- 5.Promover la participación democrática.
- 6.Promover la comprensión, la tolerancia y la solidaridad.
- 7.Apoyar la comunicación participativa y la libre circulación de información y conocimientos.
- 8.Promover la paz y la seguridad internacionales.

El Curso Taller “Cultura de la Paz y Resolución Pacífica de Conflictos y Mediación” se llevó a cabo del 2 de agosto al 20 de septiembre, en coordinación con el Instituto de Salud del Estado de México, la Comisión de Bioética del Estado de México y el Centro Estatal de Mediación y Conciliación, teniendo como sede la Escuela Judicial del Estado de México.

En el curso se proporcionaron herramientas y técnicas al personal de Salud de distintas instituciones (ISEM, IMSS, ISSSTE, ISSEMyM) y público en general, quienes conocieron de



cerca los beneficios de la mediación y de la conciliación, así como la teoría del conflicto, el pensamiento sistémico y la programación neurolingüística para tener una comunicación asertiva para identificar las emociones para su contención.

Esta capacitación permitió promover y difundir la cultura de la paz, de la justicia y la legalidad; impulsando con ello una práctica de los métodos alternos de solución de controversias y dar cabal cumplimiento a lo dispuesto por nuestra Carta Magna, que constituye en garantía de la eficiencia y eficacia en la impartición de Justicia, anhelada por los sectores vulnerables de la sociedad mexicana.

Fomentar la cultura de la paz, tiene como objetivo restaurar las relaciones interpersonales y sociales a través del fortalecimiento del diálogo, conocer la filosofía de la no violencia, el manejo de las emociones de forma adecuada y conocer las técnicas para contención de crisis. ☺



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
Y DIRECTOR GENERAL DEL ISEM
PRESIDENTE**

**RESPONSABLE ESTATAL DE BIOÉTICA
SECRETARIA TÉCNICA**

VOCALES

MTRO. RAFAEL NOGUEZ GARCÍA

Subdirector de Apoyo a la
Educación de la Secretaría de Educación

LIC. CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ VEGA

Coordinador del Programa Aire Limpio
del Valle de Toluca, Secretaría del Medio Ambiente

M. EN. S.P. SALVADOR LÓPEZ RODRÍGUEZ

Director de la Facultad de Medicina de la UAEMéx

DR. CARLOS E. ARANZA DONIZ

Coordinador de Salud del ISEM

DR. CÉSAR HUMBERTO BOTELLO ORTÍZ

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

DR. JUAN CARLOS PEÑA CERVANTES

Jefe de Enseñanza de la Delegación
Estatil ISSSTE

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

Titular de la Coordinación de Planeación y Enlace
Institucional de la Delegación Regional del Estado de
México Zona Oriente del IMSS

DRA. ROSA MARÍA PIÑA NAVA

Coordinadora de Investigación del
IMSS Delegación Estatal Zona Poniente

DR. VÍCTOR GUTIÉRREZ GÓMEZ

Director de Enseñanza e Investigación del IMIEM

COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ

Director de Educación e Investigación
en Salud del ISSEMYM

DRA. ROSA MARÍA ESTRADA ARÉVALO

Responsable de Capacitación del DIFEM

DR. EN D. JORGE OLVERA GARCÍA

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos
del Estado de México

DRA. ELIZABETH DÁVILA CHÁVEZ

Comisionada de Conciliación y
Arbitraje Médico del Estado de México

DR. J. JESÚS HERNÁNDEZ ROMERO

Subdirector de Investigación
y Concertación del CETRAEM

DR. VÍCTOR MANUEL TORRES MEZA

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



IV

REUNIÓN ESTATAL DE COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA Y COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

20 DE JUNIO 2017

 Auditorio "Ing. Salvador Sánchez Colín" de SEDAGRO, Rancho San Lorenzo s/n; C.P. 52140, Metepec, Estado de México.

Mayores informes:

Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

Av. Independencia ote. núm. 903, col. Santa Clara, Toluca, Estado de México.

Teléfonos: (01722) 2 14 86 80 y 2 15 52 44.

Programa Estatal 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 (01722) 2 14 26 05.

Correos electrónicos: isem.eibioetica@edomex.gob.mx y

comisionbioeticaedomex@gmail.com



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM



Issemym



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO

