

El respeto a los derechos y dignidad de las personas con una enfermedad en estado terminal

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Derechos humanos y bioética

Marco Antonio Morales Gómez

La bioética y el cuidado paliativo en el paciente pediátrico terminal

Celina Castañeda de la Lanza
Ana María Millán Velázquez

La calidad de vida

José Ma. Alonso Aguerrebere



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE

Ética Clínica

en el Estado de México
para el fortalecimiento de la medicina basada en valores

El humanismo en los servicios de salud inicia
con una sonrisa y con responsabilidad ética

Principios Bioéticos:

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia
- Responsabilidad

Comisión de Bioética del Estado de México
Av. Independencia Ote. 903 Col Santa Clara
Toluca de Lerdo, Estado de México
Teléfonos: 2148680 y 2155244
email: bioetica.edomex@edomex.gob.mx
miva06@yahoo.com.mx



CE: 217/A/003/10

Presentación

Para mejorar los servicios de salud es necesario el avance técnico-científico, pero también la formación ético-humanista del profesional sanitario.

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión de Bioética del Estado de México COBIEM, asume la labor de asesorar y capacitar a todos los que tienen la responsabilidad de velar por la salud de la población -el médico, la enfermera, la trabajadora social, personal administrativo, de intendencia, etcétera- en temas de bioética, y dirigir los esfuerzos hacia la humanización de la práctica médica.

Los avances tecnológicos y científicos de nuestros tiempos y la enorme demanda de los servicios nos enfrentan cotidianamente a problemas éticos que pueden generar dificultades en la relación del paciente con el prestador de servicios.

En la actualidad, el ejercicio del personal de salud, exige una formación educativa continua en temas relacionados con la práctica médica, pero también en temas relacionados con la bioética, porque de lo contrario nos volvemos obsoletos e inhumanos. La ciencia debe ir a la par de la ética y el humanismo, a fin de atender cada caso con un enfoque científico y técnico que resalte los principios éticos con un profundo sentido humano.



En el Estado de México estamos conscientes de la importancia de crear y fomentar una cultura bioética en la práctica clínica, destacando su valor e impacto en la calidad de la atención médica, aspectos que fundamentan esta revista, que busca despertar el interés en la ética aplicada a la medicina, el respeto a la vida humana, el derecho a vivir y a morir dignamente y más temas que motivan a la reflexión en nuestro actuar.

Esta revista pretende ser un instrumento educativo de la Secretaría de Salud del Estado, respondiendo al compromiso de mi gestión de mejorar la calidad de la atención médica, mediante la promoción de una actitud positiva, empática y de servicio en nuestro personal.☞

Secretario de Salud del Estado de México

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

- Eruviel Ávila Villegas
Gobernador Constitucional del Estado de México
- Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud, Director General del Instituto de Salud del Estado de México y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud y Vicepresidente de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Ana María Millán Velázquez
Coordinadora Estatal del Programa 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 II, no. 3, Junio-Diciembre 2011. Es una publicación semestral. Editada y distribuida por el Instituto de Salud del Estado de México. Independencia Oriente, 1009, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, C.P. 50070, Teléfonos: (01722) 2-15-52-44, fax 2-14-86-80, www.salud.edomex.gob.mx, bioetica.edomex@edomex.gob.mx, miva06@yahoo.com.mx. Editor responsable Dra. Ana Ma. 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. Licitud de título: en trámite, Licitud de Contenido: en trámite. Impresa por Impresiones y Maquilas Santa Bárbara, Col. Santa Bárbara, C.P. 50050, Toluca Estado de México, este número se terminó de imprimir el 9 de febrero de 2012, con un Tiraje de 500 ejemplares. Distribución Gratuita.

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

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

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/01/01/11-02

Consejo editorial:

Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Jesús Luis Rubí Salazar
Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero

Comité editorial:

César Humberto Botello Ortíz
José Torres Mejía
Octaviano Domínguez Márquez
Octavio Márquez Mendoza
Juan María Parent Jacquemin
Jorge Cruz Borromeo
Edmundo González Becerra
Ángela Rubí Delgado
Manuel López Kneeland

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de Redacción:

Elías Miranda Román
María Luisa García Alcántara
Miguel Ángel Cruz Muciño
Alejandro López Macedo

Diseño e imagen:

Claudia Jiménez Baca
Lic. María Elena Figueroa Benítez

Fotografía:

Unidad de Comunicación Social del ISEM

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.



Editorial

Es para mí muy satisfactorio presentar la tercera publicación de esta revista que contribuye a la secuencia de las actividades editoriales de nuestra institución y principalmente dar continuidad al objetivo de la Comisión de Bioética del Estado de consolidar una cultura bioética en los trabajadores de la salud.

Con los artículos que se publican en este número, buscamos mantener la línea de la Comisión respecto a despertar conciencia, orientar y encaminar al personal en el campo de la bioética, para que su actuar sea en un marco más humanista. Asimismo coadyuvar a que las decisiones, en casos concretos de conflicto, sean tomadas en un marco ético y responsable, protegiendo los derechos de los pacientes, familiares y de los mismos trabajadores de la salud, con la premisa del bien común.

En el contenido del presente número me permito destacar el tema de “Derechos Humanos y Bioética”, desarrollado por el Maestro Marco Antonio Morales Gómez, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en el que menciona los acontecimientos históricos que han propiciado la suscripción de documentos universales, a través de los cuales se procura salvaguardar la dignidad que todo ser humano posee. En el artículo “Calidad de vida”, el Maestro José Ma. Alonso, de la Universidad La Salle, realiza un análisis profundo del tema y deja ver la preocupación fundamental de nuestro tiempo en el campo de la salud, ya que este campo ha generado variados debates sobre justicia social, medio ambiente y ética médica.

La Dra. Garbiñe Sarawatari aborda el tema “Responsabilidad jurídica y ética del personal de salud”, analizada desde la perspectiva del

derecho, la deontología y la *lex artis*. En él, incorpora la interacción que se da entre el médico, con sus propios valores y contexto cultural, la normatividad institucional y el conocimiento técnico-científico, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Otro tema es “La atención de pacientes pediátricos en estado terminal”, que requiere de conocimiento técnico-científico y de un sentido clínico-humanitario que permita tomar la decisión de limitar el tratamiento o abandonar la idea de curar, para enfocarse a paliar, aliviar el dolor, acompañar y consolar, tanto al paciente como a sus padres. Además, en el apartado *fuentes informativas en bioética* presentamos el “Código de conducta para el personal de salud”, este documento describe los estándares de conducta de los profesionales sanitarios que conducen a la prestación de los servicios con excelencia y altos niveles de calidad, basados en los principios de bioética: beneficencia, autonomía y justicia.

Finalmente, este número publica los primeros lugares de las diferentes modalidades presentadas en el XIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud, en el afán de darlos a conocer.

Celebramos por ello este tercer número, sabiendo que será de gran interés para el personal de salud.

Secretario de Salud del Estado de México



Contenido



Presentación	01
Editorial	03
Consejo de Salud del Estado de México Dra. María Cristina Chaparro Mercado	05
Diálogo bioético	
El respeto a los derechos y la dignidad de las personas con una enfermedad en estado terminal Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas	09
“Derechos humanos y bioética”, Un binomio ineludible para la prestación de los servicios de salud M. en D. Marco Antonio Morales Gómez	13
La calidad de vida Mtro. José Ma. Alonso Aguerrebere	18
De la ciencia a la conciencia	
Responsabilidad jurídica y ética del personal de salud Dra. Garbiñe Sarawatari Zavala	30
Ética, bioética, deporte y salud Mtro. Alejandro López Macedo	40
Perspectivas médicas y reporte de casos	
La bioética y el cuidado paliativo en el paciente terminal Dra. Celina Castañeda de la Lanza Dra. Ana María Millán Velázquez	46
Fuente informativa en bioética	
Código de conducta para el personal de salud M. en S.P. César Humberto Botello Ortíz	53
Espacio libre y cartas al editor	
Una carta sobre el trato que reciben algunos pacientes Bio. Samantha Páramo Acosta	61
Lecturas recomendadas	64
Lic. Claudia Jiménez Baca	67
Crónica del V Encuentro Nacional de Bioética 2011 Dr. Jesús Luis Rubí Salazar	70
Resúmenes XIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud M. en S.P. Claudia Lorena Vargas Alemán	77
Normas para la presentación de colaboraciones	



Consejo de Salud del Estado de México

Una Experiencia de Éxito



Ma. Cristina Chaparro Mercado*

El Consejo de Salud del Estado de México es una instancia permanente de coordinación, consulta y apoyo para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. Fue creado por Acuerdo del Ejecutivo del Estado el día 18 de mayo del año 2000. Cuenta con un Reglamento Interno publicado en la Gaceta del Gobierno el día 10 de octubre del año 2008 en el cual se establece su integración y funcionamiento.

El Consejo lo preside el Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas, Secretario de Salud y Director General del ISEM y cuenta con quince vocales: los Secretarios de Educación, del Medio Ambiente, el Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población, los Directores Generales del Instituto de Salud del Estado de México, del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México y de Protección Civil, el Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, así como por los Delegados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Instituto Mexicano del Seguro Social y un representante de los municipios en la entidad, tres representantes de los sectores social y privado a invitación del Presidente y un Secretario Técnico nombrado por el Presidente.

En ejercicio de las funciones que le confiere a este organismo colegiado, tendrá en consideración las siguientes acciones:

a) Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo del Estado, tendientes al mejoramiento de la eficacia y calidad del sistema estatal de salud y al mejor cumplimiento de los programas de salud.

b) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en el Estado de México.

c) Proponer medidas orientadas a prevenir y atender problemas sanitarios del Estado.

d) Fortalecer la coordinación intra e intersectorial de las instituciones del sistema estatal de salud.

e) Promover la medicina preventiva en los programas de salud abatiendo costos.

f) Promover la coordinación para reforzar la política de salud en el Estado.

g) Dar seguimiento a los compromisos y acuerdos que en materia de salud se establezcan por parte de los integrantes del órgano colegiado.

h) Establecer políticas de protección hacia la población en materia de salud y de regulación sanitaria.

i) Establecer comisiones, comités y grupos de trabajo que lleven a cabo acciones específicas salubristas en el Estado.

j) Fortalecer el sistema de evaluación institucional en materia de salud.

k) Avanzar en la consolidación del modelo de atención a la salud en el Estado.

l) Reorientar las acciones de salud "medicina preventiva" hacia la comunidad.

m) Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención a la salud.



*Secretaria Técnica del Consejo de Salud del Estado de México

n) Proponer la optimización de los recursos institucionales y mejoramiento de la capacidad instalada en el sector salud.

o) Promover estrategias en materia de calidad en los servicios de salud.

p) Fortalecer la participación y cooperación interinstitucional en servicios de salud.

q) Promover la celebración de convenios entre las dependencias para fortalecer los programas de salud.

r) Mantener actualizados en forma permanente las comisiones, comités y grupos de trabajo y las demás que establezcan otras disposiciones legales.

Logros:

Hasta la fecha se han llevado a cabo cuarenta y un sesiones ordinarias y cinco extraordinarias, todas han sido presididas por el Secretario de Salud y se han realizado en diferentes lugares y municipios de nuestra entidad: Valle de Bravo, Avándaro, Villa Victoria, Texcoco, Tlalnepantla, Atlacomulco, Ocoyoacac, Ixtapan de la Sal, Toluca. Asimismo han sido anfitriones para llevar a cabo las reuniones de trabajo de este Consejo las instituciones que lo integran y hemos sesionado en las instalaciones del IMSS Poniente, IMSS Oriente, ISSSTE, ISSEMYM, DIFEM, IMIEM, ISEM, COESPO, Protección Civil, Facultad de Medicina UAEMéx, Secretaría del Medio Ambiente y Secretaría de Educación.

En cuanto a los acuerdos, se han establecido hasta la sesión XLI un total de doscientos ochenta y tres, la temática de estos asuntos en su mayoría son de participación sectorial, considerando los programas prioritarios como son vacunación, VIH/SIDA, adicciones, salud reproductiva, nutrición, adolescentes, promoción de la salud, zoonosis, salud bucal, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, enfermedades crónicas, cáncer, salud mental, entre otros. Se han establecido acuerdos en materia de calidad, de regulación sanitaria, de hospitales, de referencia y contrarreferencia de pacientes, acuerdos en la rama de enfermería.

En el seno del Consejo se ha creado la Comisión de Bioética del Estado de México y diecinueve comités: calidad de servicios de salud, farmacovigilancia, contra las adicciones, vacunación, para la prevención y control de VIH/

SIDA, vigilancia epidemiológica, salud bucal, atención al envejecimiento; información estadística y sectorial, prevención de accidentes, formación, capacitación de recursos humanos e investigación para la salud, referencia y contrarreferencia de pacientes, salud reproductiva, nutrición, certificación de áreas libres de transmisión de paludismo, promoción de la salud, mortalidad infantil, prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia, y certificación de áreas libres de transmisión de rabia canina.

Estos comités apoyarán y auxiliarán al Consejo en acciones de colaboración e interrelación y formularán propuestas en materia de salud, fortaleciendo la coordinación para la ejecución y cumplimiento de los programas existentes. De reciente creación, se han adicionado los comités de: salud mental, transfusión sanguínea, adolescentes y para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo ya un total de veintitrés comités y una comisión de bioética. Es importante señalar que ante la pandemia de influenza de nuestro país en el Estado de México se instaló el Consejo de Seguridad en Salud el día cinco de junio del año 2009.

El Consejo ha llevado a cabo acciones destacadas como: La firma de importantes Convenios de Participación, de Intercambio de Servicios de Salud con las Instituciones del Sector de nuestra entidad, los foros estatales y nacionales dentro de los cuales se puede enunciar: Participación Ciudadana, Muerte Materna, Nutrición, Rendición de Cuentas y el Federal del Fortalecimiento de la



Oferta de Servicios. Se ha efectuado también la evaluación institucional con la participación de las áreas directivas, sustantivas y de apoyo del ISEM y de otras instituciones. Se contó también con la asistencia y participación de las jefaturas jurisdiccionales sanitarias, jefaturas de regulación sanitaria, directores de los hospitales, la rama de enfermería y la rama administrativa. Asimismo el evento masivo realizado de la Expo alimentaria, en la cual participaron más de 3500 personas, llevado a cabo en el Centro Cultural Mexiquense. Nuestro Estado ha sido sede del Consejo Nacional de Salud recibiendo un reconocimiento a nivel federal por la logística desplegada para la realización de esa reunión.

Previo a cada sesión ordinaria, se ha establecido como estrategia de trabajo la Reunión de Mesas Temáticas del Consejo, las cuales suman ya diecisiete mesas temáticas y se reúnen en promedio trescientas personas que son los responsables de los programas prioritarios, los integrantes de comités, directivos del sector salud, los jefes de jurisdicción sanitaria y de regulación sanitaria, directores de hospitales de especialidad y generales, directores de hospitales municipales, jefes de Centros Especializados de Atención Primaria a la salud (CEAPS), jefaturas

de enfermería, directores, subdirectores, jefes de departamento y este secretariado técnico.

Las mesas son: 1, VIH/SIDA; 2, Salud mental; 3, Referencia y contrarreferencia; 4, IRAS y EDAS; 5, Adolescentes; 6, Vacunación; 7, Crónico degenerativas; 8, Salud reproductiva; 8.1, Muerte perinatal; 9, Discapacidad; 10, Nutrición; 11, Adicciones; 12, Calidad; 13, Información en salud; 14, Oncología; 14.1, Oncología pediátrica y 15, Cuidados paliativos.

Durante la administración del Lic. Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, la Secretaría de Salud contó con el apoyo y el impulso para llegar a consolidar el Sistema Estatal de Salud, fortaleciendo la modernización de la infraestructura y la ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Logros obtenidos por la directriz al frente de esta Secretaría del Dr. Gabriel J. O´Shea Cuevas, médico visionario de políticas públicas y acciones de gran participación sectorial e intersectorial, siempre tendientes a servir a los mexiquenses que menos tienen y que más lo necesitan; con su aportación en el Estado de México tenemos un sistema estatal de salud fortalecido, participativo y congruente.☪



Diálogo



Bioético



El respeto a los derechos y la dignidad de las personas con una enfermedad en estado terminal



Gabriel Jaime O´Shea Cuevas*

Una reforma reciente a la Ley General de Salud (LGS), publicada el cinco de enero de 2009 en el Diario Oficial de la Federación, incluye un título donde se reconocen los derechos de los enfermos en situación terminal, lo que sienta las bases legales para el entendimiento de las partes - médico, paciente y familiares - con el objeto de salvaguardar la dignidad de las personas expuestas a tratamientos médicos que probablemente no mejorarán su calidad de vida ni evitarán la muerte. Además, se incluye la figura del consentimiento informado anticipado, en donde cualquier adulto en pleno uso de sus facultades mentales, puede expresar su voluntad en relación a recibir o no tratamientos médicos en caso de una enfermedad terminal.

El título octavo bis de la LGS se refiere a los enfermos en situación terminal como aquellas personas con una enfermedad reconocida, progresiva e irreversible y cuyo pronóstico de vida no es mayor de seis meses. Estos enfermos tienen como derechos: una atención integral de acuerdo a sus necesidades de salud, dar su consentimiento informado para recibir o no tratamientos médicos, dejar el hospital donde están siendo tratados, renunciar en cualquier momento a un tratamiento que pretenda prolongar su vida y recibir cuidados paliativos en su domicilio. También agrega un artículo en donde se prevé que cualquier mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales puede dejar por escrito en presencia de dos testigos su voluntad de recibir tratamiento o no en caso de una enfermedad terminal, éste puede ser revocado en cualquier momento, de acuerdo al mismo artículo.

Además de hacer explícitos los derechos de estos pacientes, la ley incluye las definiciones de obstinación terapéutica, cuidados paliativos y medidas ordinarias y extraordinarias para



preservar la salud. El avance, en términos de bioética y del reconocimiento de los derechos y dignidad de los pacientes terminales es muy significativo para nuestro país y útil para la práctica clínica cotidiana. Por primera vez en nuestro país se reconoce legalmente que existen límites entre las medidas terapéuticas que prolongan innecesariamente la vida a costa de la agonía de un paciente y el respeto del proceso natural de la muerte.

En la práctica clínica cotidiana, la información para la toma de decisiones no siempre es clara y contundente, por lo que la reflexión de estos conceptos puede ayudar al médico y paciente. Por ésto, le propongo exploremos juntos los principios bioéticos detrás de esta iniciativa para promover su entendimiento entre la comunidad

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

médica y de pacientes de nuestro estado.

De definiciones y principios

Los principios éticos de autonomía, beneficencia y no-maleficencia, pueden justificar por si mismos la necesidad de una legislación que reconoce los derechos de los pacientes en situación terminal y la existencia de un documento de voluntad anticipada con las características antes mencionadas (Rivera JR).

La autonomía es una condición de alguien en la que para ciertas cosas no depende de nadie. Digno es también una condición que significa correspondiente, proporcionado al mérito(Diccionario de la lengua española, 2001). Con el respeto a la autonomía del paciente viene la dignidad y no solo por tratarse de un enfermo en situación terminal, sino por tratarse de un ser humano.

El principio de beneficencia se inserta en los cuidados que debemos aplicar aún cuando éstos no sean curativos o busquen revertir la enfermedad. Los cuidados paliativos, en los que se disminuyen las molestias, el dolor y se proporciona soporte psicológico, social y espiritual, son actos que buscan el bien del enfermo independientemente que no salven su vida. Aceptar que existe un proceso natural de muerte y que este es inevitable cuando existen diagnósticos terminales, es también un acto de beneficencia.

Todo tratamiento médico tiene riesgo de desarrollo de efectos adversos y complicaciones, sin embargo los aplicamos sabiendo que el beneficio superará los resultados negativos. Aún cuando se trata de enfermos terminales existe una probabilidad - aunque muy pequeña - de curar la enfermedad. Sin embargo, el médico tiene la responsabilidad de presentar ante el paciente y/o sus encargados, el panorama completo de los riesgos y beneficios de la intervención para que juntos y en común acuerdo tomen la decisión. La no-maleficencia se pone en práctica cuando la opción es interrumpir el tratamiento para evitar un sufrimiento innecesario.

Las herramientas: el consentimiento informado y los comités de bioética

El consentimiento informado ha sido la base para preservar la autonomía, cuando a un paciente se

le proponen tratamientos médicos de cualquier índole. La figura legal del consentimiento informado, surgió por primera vez en la Declaración de Helsinki, y su principal objetivo fue el de proteger los derechos de los pacientes que iban a ser sometidos a experimentación en protocolos de investigación para nuevos fármacos.

El concepto de consentimiento informado se traslada con el paso del tiempo al medio hospitalario y a la aplicación de todo tipo de tratamientos con riesgos importantes. El propósito fue el de prevenir la demanda médico-legal, asegurándose que el paciente es consciente de los posibles efectos del tratamiento.

El consentimiento informado es más que un documento coercitivo o irrevocable, es en realidad un ejercicio de transparencia y consenso entre el médico y el paciente. El médico informa al paciente de las ventajas, desventajas, posibles complicaciones y resultados del tratamiento; y el paciente, informado y convencido, toma la decisión libremente y lo pone por escrito en presencia de dos testigos que aseguran que así es.

El consentimiento informado funciona como un contrato entre médicos y paciente durante la institución de tratamientos. Cuando se trata de casos delicados, como el de los enfermos en situación terminal, es mejor poner todo por escrito. Incluso, de acuerdo a la nueva ley, se deberá firmar un consentimiento informado para los cuidados paliativos, dejando registro de las necesidades físicas y sociales del paciente.

De acuerdo a diversos autores (Halliday S, 2003 - Pereira A, 2009), la puesta en marcha del consentimiento informado anticipado o testamento de vida, no es tan fácil como parece, especialmente en pacientes incapacitados para la toma de decisiones. En casos en donde existen nuevos tratamientos experimentales o en pacientes jóvenes en donde la enfermedad se manifiesta súbitamente, la decisión para médico y familiares no solo depende de las probabilidades de sobrevida sino de otros factores a tomar en cuenta para dejar que el curso natural de la enfermedad acabe con la vida. En estos casos, la aplicación de los principios de autonomía, beneficencia y no-maleficencia pueden ayudar a tomar una decisión final.

Es importante mencionar que, cuando el paciente

en estado terminal o sus familiares han decidido no seguir con los tratamientos curativos, pueden optar por reiniciarlos o intentar otros sin importar el tiempo o circunstancias agregadas. La LGS incluye esta opción y el médico está obligado a seguirla. Un nuevo consentimiento informado con la voluntad del paciente o sus familiares para reanudar el tratamiento curativo o intentar otro nuevo, anula todas las directivas de documentos anteriores a este.

En caso de conflictos entre la voluntad del paciente y las sugerencias de los médicos, existen instancias legales en donde pueden resolverse. Se trata de los comités de bioética hospitalarios quienes funcionan como intermediarios y pueden sugerir la resolución del asunto en casos complicados. Estos comités tienen representación proporcional de médicos, enfermeras, administrativos y pacientes, y sus resoluciones están basadas en políticas nacionales y la legislación vigente. La resolución del comité de ética sucede mediante la discusión dirigida y el consenso de la mayoría, lo que resulta en un pronunciamiento soportado científica y legalmente.

Legislación comparada y experiencias nacionales e internacionales

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos firmada en 2005 por la UNESCO, cuyo objetivo es el de servir como guía para la formulación de políticas en los países miembros, reconoce las libertades fundamentales del ser humano y promueve el respeto a la dignidad humana. En su artículo tercero, párrafo dos, asegura que los intereses y bienestar de la persona, deben tener prioridad sobre los de la ciencia o la sociedad. También obliga a considerar la protección de los pacientes que no pueden tomar decisiones mediante mecanismos definidos, referido en el artículo siete de la misma ley.

En la Ciudad de México, se publicó el 7 de Enero de 2008, la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, en la que se establecen las normas y requisitos para legalizar el consentimiento informado voluntario anticipado de una persona en caso de enfermedad terminal (Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 2008). En dicha ley también se incluyen las definiciones de enfermo en etapa terminal, obstinación terapéutica y ortotanasia, que significa muerte correcta. Este documento debe realizarse ante notario público.

Una característica de ésta iniciativa es que incluye el nombramiento de un representante de la voluntad del firmante, dicho representante tiene la tarea de verificar el cumplimiento del documento de forma exacta e inequívoca, además de su defensa en un juicio. Aunque existen condiciones para nulificar el documento de voluntad anticipada (irregularidades en su elaboración), el objetivo es el de salvaguardar los derechos del paciente en estado terminal, expresados de manera voluntaria. A diferencia del título octavo bis de la LGS, que describe los derechos del paciente en estado terminal, esta ley se basa en asegurar un documento de voluntad anticipada a prueba de las circunstancias que pudieran presentarse al momento de la decisión. Contiene además un apartado de donación de órganos.

Algunos países como España y Portugal, tienen más experiencia en el desarrollo y puesta en marcha de documentos de voluntad anticipada. La discusión central en estos países ahora gira en torno a los límites de los mismos, a distinguir entre eutanasia pasiva y activa y a cumplir la voluntad del paciente por encima de las opiniones de médicos y familiares (Pereira A. 2009 - Simón -Lorda P., 2008). En España, existían hasta el 2008, 23 mil ciudadanos con documentos de voluntad anticipada registrados ante las autoridades.

¿Dignidad del enfermo o eutanasia pasiva?

La eutanasia es la acción u omisión que para evitar sufrimientos, acelera la muerte de enfermos en situación terminal (Diccionario de la lengua española, 2001). La eutanasia pasiva se refiere únicamente a la decisión de cesar los cuidados y tratamientos, incluyendo los de soporte como la nutrición o la hidratación de un paciente en estado terminal para provocar la muerte. Es importante ser claros en mencionar que las leyes de voluntad anticipada y de derechos de los enfermos en situación terminal vigentes en nuestro país no permiten la eutanasia.

El artículo 116 bis 15 de la LGS específica que el personal de salud deberá garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento (Ley General de Salud, 2011). Estos cuidados básicos están definidos como la higiene, alimentación, hidratación y el manejo de la vía aérea. La ley de voluntad anticipada del Distrito Federal considera los cuidados básicos como medidas mínimas ordinarias (Ley de Voluntad

Anticipada para el Distrito Federal, 2008) y es clara en no permitir medidas que acorten intencionalmente la vida.

Conclusiones

La práctica clínica nos presenta retos constantes para los cuales debemos estar preparados. La toma de decisiones en pacientes terminales, sucede con frecuencia en terapias intensivas y en unas especialidades más que otras. Sin embargo, aún en donde es frecuente, la manera de proceder en estos casos, no siempre es clara y fácil (Wilkinson DJC, 2011).

La aparición en el Distrito Federal de la Ley de Voluntad Anticipada y las recientes reformas a la LGS, permiten un mejor entendimiento de los derechos del paciente y sus familiares en caso de una situación terminal. Además, proporcionan a médicos y personal de salud herramientas efectivas y un glosario de definiciones, para poder tomar decisiones que aseguren el proceso natural de muerte, aminorando el sufrimiento y conservando la dignidad de la persona.

Los médicos, sabemos que existen tratamientos

que prolongan innecesariamente la vida y aún así se practican por presiones familiares, institucionales o incluso científicas. Cuando las cosas no son claras o se pretende convencer a terceros involucrados, podemos utilizar el costo-utilidad de la intervención como referente. El costo se refiere a la calidad de vida perdida en la institución donde se realiza el tratamiento y la utilidad en las probabilidades de revertir la enfermedad o en su caso, el buen manejo de síntomas. Uno siempre será mayor que otro.

Como familiares o responsables de un paciente en esta situación, también nos convendría poner en una balanza el mantenimiento de la vida, o la calidad de ésta durante el último trayecto de un ser querido.

La dignidad humana es un concepto universal para la mayoría de las sociedades. (Kinzbrunner BM. 2004) Aceptamos la muerte como proceso natural, inevitable y en la mayoría de los casos por consecuencia de un proceso patológico. La decisión de preparación de este final, debe incluir entonces estas consideraciones, procurando disminuir el sufrimiento físico, psicológico y espiritual del paciente y su familia.☞

Referencias Bibliográficas

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Texto vigente. Última reforma publicada en el DOF 10/06/2011. Mexico: Diario Oficial de la Federación; 1984.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de Enero de 2008. Texto vigente. Gobierno del Distrito Federal; 2008.
- Halliday S, Witteck L. Decision-making at the end-of-life and the incompetent patient: a comparative approach. *Med Law.* 2003;22(3):533-42.
- Kinzbrunner BM. Jewish medical ethics and end-of-life care. *J Palliat Med.* 004;7(4):558-73.
- Pereira A. Advance directives: binding or merely indicative? Incoherence of the Portuguese National Council of Ethics for the Life Sciences and insufficiencies

- of newly proposed regulation. *Eur J Health Law.* 2009;16(2):165-71.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22 ed. Madrid: Real Academia Española; 2001.
- Rivera JR, Ferrer JJ. [Bioethical principles: planning and advance directives in Puerto Rico]. *Bol Asoc Med P R.* 101(1):54-8.
- Simón, Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Barrio-Cantalejo IM. Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics.* 2008;22(6):346-54.
- Thompson TDB, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med.* 2003; 17(5):403-9.
- Wilkinson DJC, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(2):160-5.



“Derechos humanos y bioética”

Un binomio ineludible para la prestación de los servicios de salud



Marco Antonio Morales Gómez*

Los derechos humanos

Los derechos primigenios constituyen uno de los más importantes logros de la humanidad, como resultado de acontecimientos históricos que han propiciado la suscripción de documentos universales, a través de los cuales se procura salvaguardar la dignidad del ser humano.

En nuestro sistema jurídico los derechos fundamentales no están catalogados. No existe un texto positivo que los recoja y agote de manera específica; por ello, en México, el catálogo de éstos, debe reconocerse necesariamente abierto. Lo anterior, sin pasar por alto, que con los sucesos sociales evolucionan y se incorporan a la vida jurídica cuando son positivizados.

En ese sentido, los derechos fundamentales, son derechos constitucionalizados, con los que el constituyente buscó asegurar el ámbito mínimo de libertad necesaria para garantizar el respeto de la dignidad; los cuales se amplían significativamente no sólo en virtud de lo consignado en la legislación y normatividad aplicable en el país, sino también por los tratados celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, que en términos del artículo 133 de nuestra Ley Fundamental, constituyen la Ley Suprema de toda la Unión.¹

El derecho humano a la protección de la salud

La Alta Comisionada de las Naciones Unidas

para los Derechos Humanos (durante el período comprendido entre 1997 y 2002) Mary Robinson, refirió que la protección a la salud “no significa el derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres establezcan servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos, significa que los gobiernos y las autoridades han de implementar políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a servicios médicos en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que se enfrentan tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública”.

En nuestro país, el 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición de un párrafo penúltimo al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que constitucionalizó un derecho humano de gran valía, al sentar las bases para hacer efectiva la protección de la salud. Derecho reafirmado por compromisos internacionales entre los que destacan: *la Declaración Universal de los Derechos Humanos*², *el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*³ *el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)*⁴. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones

¹ Sobre la interpretación de los artículos 1 y 133 de la Constitución Federal vigentes, resulta necesario considerar el nuevo paradigma que representa la Reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, actualmente sujeta a la aprobación de las Legislaturas de las entidades federativas. Sus alcances implican el reconocimiento, la ampliación y protección de los derechos humanos. De acuerdo con las modificaciones, en el artículo primero constitucional, se estipula que todas las personas gozan de los derechos fundamentales reconocidos por la Carta Magna y en los tratados internacionales celebrados por el Estado Mexicano, estableciendo la preeminencia de los segundos, en materia de derechos humanos, sobre cualquier otra norma.

² Aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

³ Aprobada por el Senado el 18 de diciembre de 1980. Publicada en el DOF Aprobación: 9 de enero de 1981. Vinculación de México: 23 de marzo de 1981. Entrada en vigor internacional: 3 de enero de 1976. Entrada en vigor para México: 23 de junio de 1981. Publicación en el DOF Promulgación: 12 de mayo 1981.

⁴ Firma de México: 17 de noviembre de 1988. Aprobación del Senado: 12 de diciembre de 1995. Publicación DOF Aprobación: 27 de diciembre de 1995. Vinculación de México: 16 de abril de 1996 Ratificación. Entrada en vigor internacional: 16 de noviembre de 1999. Entrada en vigor para México: 16 de noviembre de 1999. Publicación DOF Promulgación: 1 de septiembre de 1998.

* Fue vocal Titular del Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos, Rector de la Universidad Autónoma del Estado de México, Vicepresidente de la Organización Universitaria Interamericana (OUI) Región México, Presidente del Instituto de Administración Pública del Estado de México, A.C., Catedrático de posgrado en temas de educación superior y derechos humanos; actualmente: Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado del Estado de México y Vocal de la Comisión de Bioética del Estado de México.

Unidas, el Alto Tribunal de México ha referido que la protección de salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano.

La salvaguarda de ese derecho universal, entraña libertades y derechos primordiales. Entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo (con inclusión de la libertad sexual, así como el derecho a no padecer maltrato, experimentos o tratamientos médicos no consensuales); y entre los segundos, el inherente a contar con un sistema de protección de la salud que otorgue a las personas oportunidades iguales, para disfrutar del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000). Así mismo, la protección de la salud incluye, las obligaciones de adoptar leyes y medidas para velar por el acceso igual a la atención médica y a los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios médicos; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros; y asegurar que los profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia (SCJN, Tesis Aislada, 2008).

La protección de la salud, como derecho positivo, tiene los propósitos siguientes: a) lograr el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; b) prolongar y mejorar la calidad de vida en todos los sectores sociales; c) crear y extender, toda clase de actitudes solidarias de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr una existencia decorosa; d) el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de nuestra población; e) impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el debido aprovechamiento y empleo de los servicios de salud; y f) desarrollar la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud (Ley General de Salud: artículo 2). De esa manera -en nuestra realidad jurídica- la salud, debe concebirse como un derecho universal, indivisible e interdependiente que se encuentra estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos primigenios y una responsabilidad -que invariablemente- comparten el Estado, los profesionales de la salud, la sociedad y los interesados (SCJN, Tesis de Jurisprudencia, 2008).

En ello radica su importancia y la obligación del Estado para garantizar su respeto.

El reconocimiento legal de los derechos humanos hace indispensable que se establezcan garantías y medios para protegerlos. Existen instituciones cuya creación se justifica, con el objeto de tutelar la observancia de las normas constitucionales, desde distintos ámbitos de competencia. Así, para la defensa de los derechos fundamentales, el artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra el Sistema Nacional de Protección No Jurisdiccional de los Derechos Humanos, integrado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y por los organismos públicos de las entidades federativas y del Distrito Federal. Ejercicio que, en el ámbito local, se reproduce en el artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, al disponer la creación del organismo autónomo responsable de proteger los derechos humanos en el territorio mexiquense, que conoce de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público del estado, o de los municipios que violen los derechos humanos, incluidos los profesionales de la salud que tienen ese carácter.

La bioética

El vocablo *bioética*, se acuñó en 1970 para designar un nuevo campo dedicado a la sobrevivencia humana para mejorar la calidad de vida (Tealdi, 2008: 52) y como intento de establecer un puente entre ciencia experimental y humanidades, que de acuerdo con la *Associacion Catalana D'Estudis Bioetics* se divide en una parte general o primordial, que se ocupa de los fundamentos éticos, valores y principios que deben dirigir el juicio ético, y una parte especial o aplicada encargada de los casos específicos.

Como disciplina que está creciendo considerablemente por las implicaciones éticas que tiene con las ciencias médicas, jurídicas y biológicas, la bioética se ocupa de temas que interesan y causan incertidumbre en las personas debido al debate sobre la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos respecto de prácticas de los profesionales de la salud que pudieran ir en contra de los derechos, la dignidad y el respeto a la vida humana (García, 2009: 12). De conformidad con algunos tratadistas, cuenta con cuatro principios

que debe observar el ejercicio de la medicina: **no maleficencia**, implica no hacer daño al paciente, respetando su integridad física y psicológica; **beneficencia**, considera la necesidad de evaluar los riesgos y beneficios de los tratamientos o de los procedimientos de investigación; **autonomía**, que consiste en respetar la capacidad de cada individuo para decidir respecto a su cuerpo y salud en intervenciones terapéuticas o investigaciones; y **justicia**⁵, fundado en el reparto equitativo de cargas y beneficios de las prácticas médicas.

En México, la materia se encuentra en proceso de consolidación como una herramienta imprescindible no sólo para la actuación de médicos, científicos o investigadores; sino también para los legisladores, que deben entrar al estudio de nuevas necesidades sociales que plantean dilemas sobre temas biomédicos. En el ámbito internacional, existen instrumentos diversos, que independientemente de estar suscritos por nuestro país, constituyen una referencia obligada en el estudio de temas controversiales como el *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina: Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*, elaborado por el Consejo de Europa, en Oviedo, España, el 4 de abril de 1997, con el objeto de que se proteja al ser humano en su dignidad e identidad, garantizando a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad en el ejercicio de la biología y la medicina.

Trato especial merece la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en octubre de 2005, cuyos objetivos son:

a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética; b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas; c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos primigenios, velando por el respeto a la vida de las personas y a las libertades fundamentales, de conformidad

con el derecho internacional relativo a los derechos humanos; d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones benéficas del desarrollo de la ciencia y la tecnología, destacando la necesidad de que se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respetando la dignidad humana; e) fomentar un diálogo multidisciplinario y plural sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto; f) promover el acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos desarrollados, prestando atención especial a las necesidades de los países en desarrollo; g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras; y h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

En suma, la bioética debe ser acogida, como la piedra angular de la formulación de principios éticos, que permitan afrontar con responsabilidad las posibilidades, inimaginables hace solamente unos años, que hoy nos ofrece la tecnología, para coadyuvar en la protección de la salud.

Los retos en la atención médica

Dentro del contexto abordado, la protección de la salud, debe inspirar las aspiraciones más altas de quienes pretenden convertirse en médicos, enfermeras, paramédicos, investigadores, o que en general desean contribuir, directa o indirectamente, en la salvaguarda de ese derecho. De esa manera, los profesionales de la salud son elementos indispensables para el desarrollo de la humanidad, pues su labor es preeminente para conservar y restaurar las condiciones que nos permiten disfrutar de otros derechos como la vida misma. La labor de quienes practican la medicina para sanar, eliminar o mitigar el dolor de las personas, los identifica como uno de los gremios más humanitarios. Su tarea no sólo se limita a procurar la prevención y curación de enfermedades, sino también, derivado de ésta, acompañan a los pacientes y personas cercanas,

⁵ Este principio sustenta la necesidad de contar con el consentimiento informado de los pacientes, consistente en el acto por el que una persona decide libre y de forma expresa, después de recibir información adecuada, asequible y suficiente, sobre la realización de intervenciones, tratamientos o pruebas determinadas, a que deba sujetarse.

durante la depresión y el duelo, en ciertos casos. Las profesiones relacionadas con la salud, exigen una preparación permanente, pero también, que quienes las desempeñen sean responsables, convincentes, cuidadosos y organizados, para generar confianza en las personas. Los méritos de los profesionales de la salud se acrecientan en gran medida al considerar que durante su labor se enfrentan a obstáculos como la falta de recursos humanos, financieros y materiales, las excesivas cargas de trabajo, la falta de capacitación, e incluso el síndrome de aniquilamiento. Factores que influyen en detrimento de sus derechos y del cumplimiento de sus obligaciones, así como en perjuicio de los pacientes que, llegan a ser, muchas veces, víctimas de la excesiva burocratización, la falta de sensibilidad, la intransigencia, o la discriminación.

Bajo este contexto, en su interacción, les asisten derechos y obligaciones distintas, que se han plasmado en ordenamientos legales y normativos. En relación con esos derechos y obligaciones (en la relación médico-paciente) se exponen con mayor énfasis las obligaciones de los médicos, los derechos de los pacientes, así como los derechos de los médicos a efecto de que cuenten con los elementos necesarios para atender a sus pacientes. Lo anterior es preeminente para la sana convivencia y desarrollo social, pues no es óbice mencionar, que además los médicos o el personal de salud, pueden, en algún momento, constituirse en pacientes o en usuarios de los servicios de salud.

Partiendo de que la atención a la salud no es considerado un privilegio, sino un derecho social, que ha de proporcionarse con profesionalismo, calidad y calidez, es necesario hacer hincapié en que si queremos superar las deficiencias que presenta el sistema mexicano de salud, debemos tener presente los retos (Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas) que en la materia hay que superar:

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos a partir de cuatro dimensiones: a) no discriminación,

b) accesibilidad física, c) accesibilidad económica, y d) acceso a la información.

3. Aceptabilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Ello requiere, entre otras cosas, contar con personal médico capacitado, condiciones sanitarias adecuadas, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado.

Consideraciones finales

El derecho a la protección de la salud, como hoy lo conocemos, ha evolucionado significativamente en virtud de los avances tecnológicos y de acuerdo a los requerimientos de una sociedad que exige más y mejores servicios en la materia. De tal suerte, este derecho continuará transformándose y generando dilemas ético-médicos que deberán ser objeto de análisis e investigación por parte de los especialistas, privilegiando el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

En ese sentido, impulsar la integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética cuya trascendencia obedece a la propuesta de integración de verdaderos fundamentos para una nueva práctica médica (García, 2009: 124) en la que: a) se atiendan no sólo los problemas de salud-enfermedad, sino la dignidad de la persona; b) las nuevas técnicas y tecnologías en la medicina se apliquen bajo la dirección de los valores emanados de los derechos humanos y la dignidad, dando prioridad a la ética sobre la técnica, y a la persona sobre cualquier otra cosa; y c) las decisiones se tomen a la luz de los valores fundamentales de la norma, justa y equitativa, procurando que los comités de bioética intensifiquen su apoyo a la formación de los trabajadores de cada hospital y a los usuarios de los servicios; puede considerarse como una acción estratégica que permita llevar, al campo de la práctica médica, la observancia de la bioética de los derechos humanos.

Finalmente quisiera destacar la imprescindible

labor que realiza la Comisión de Bioética del Estado de México, para capacitar y asesorar a los profesionales de la salud sobre las directrices que deben seguir en las controversias éticas concretas,

centrando su labor en el respeto a los derechos primigenios y a los principios bioéticos, que deben regir el ejercicio de la atención médica.¶

Referencias bibliográficas

a) Legislación

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Código Administrativo del Estado de México.

b) Instrumentos Internacionales

- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la -- Biología y la Medicina: Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

c) Bibliografía

- Astudillo, C. y Carbonel, M. (coord.) (2007), "Las comisiones de derechos humanos y la acción de inconstitucionalidad", México: Universidad Nacional Autónoma de México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Barajas Montes de Oca, S. y Madrazo, J. (1994), "Artículo 4, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada", México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Departamento del Distrito Federal, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (<http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1808/pl1808.htm>)
- Casado, M. (comp.) (2000), "Estudios de Bioética y Derecho", España: Tirant lo Blanch.
- Comisión Nacional de Bioética (2007), "Revista Debate Bioético", número 2, México: Secretaría de Salud.
- Feinholz, D. (2005), "Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética", México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud.
- García, G. (2009), "Normativa en bioética, derechos humanos, salud y vida", México: Trillas.
- Gobierno Federal (2008), "Programa de Acción Específico 2007-2012, Estrategia para el fomento de la cultura bioética", México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud. (<http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/>

publicaciones/docutec/pae.pdf)

- Herrera Ortiz, M. (1991). "Manual de derechos humanos", México: PAC.
- Labrado Rubio, V. (1998). "Introducción a la teoría de los derechos humanos: Fundamento, Historia, declaración universal de 10.XII.1948", España: Civitas.
- Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2010), "Boletín Derechos Humanos, número 19, El derecho a la salud". (<http://www2.ohchr.org/spanish/issues/health/right/index.htm>)
- Organización de las Naciones Unidas (2000), "Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
- Organización Mundial de la Salud (2002), "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos", Ginebra: OMS.
- Soberón, G. y Feinholz, D. (comp.) (2009), "Aspectos Sociales de la Bioética", México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud.
- Tealdi, J.C. (2008), "Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana", México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones jurídicas.

d) Jurisprudencia

- Suprema Corte de Justicia de la Nación, (1ª LXV/2008). Tesis Aislada, Rubro: DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Instancia: Primera Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época. Tomo XXVIII, Julio de 2008. Pág. 457.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, (P./J. 136/2008). Tesis de Jurisprudencia, Rubro: SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4o., TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL. Instancia: Pleno. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época. Tomo XXVIII, Octubre de 2008. Pág. 61.

La calidad de vida

José Ma. Alonso Aguerrebere*

Introducción

Puede considerarse como eje central de la Bioética la *dignidad de la vida humana*, pues resulta fundamento, pórtico, entrada y culmen de todos los demás temas bioéticos. La dignidad de vida humana es conceptualizada actualmente como *calidad de vida*, con tal que se le dimensione en todos sus ámbitos, como se aborda a lo largo del estudio. Muchos temas hacen referencia explícita a la calidad de vida, mientras que otros lo suponen como fundamento, razón por la que resulta importante investigar este tema.

Entre los artículos que abordan el tema de *calidad de vida* están el de Palazzani, 1994, *Calidad de vida: consideraciones filosóficas*, así como el de Sánchez, 2002, *Calidad de Vida*; ambos destacan por su visión diversa y complementaria.

Se nombra "*calidad de vida*" en los distintos ámbitos sociales y personales, "*mi calidad de vida...*", "*mi bienestar...*", sin precisar sus contenidos, dimensiones y alcances; lo que hace necesario estudiar y reflexionar sobre lo que se entiende por ella, pues:

"Se asiste en el debate actual a una situación paradójica o por lo menos ambigua: se da un acuerdo casi unánime sobre el hecho "de que" la calidad de la vida debe ser objeto de particular consideración, pero no se sabe con precisión "en qué" consiste (MCCALL, S. 1990, 15 (1) pp. 1-2).

Por un lado, la fórmula de la calidad de la vida se ha aplicado operativamente en el ámbito de la sociología, la economía, la política, la ecología y de la biomedicina¹, pero por el otro, se advierte en la literatura una escasa teorización. Incluso cuando esa expresión se hace objeto de reflexión específica -las cuestiones de bioética representan



un ejemplo significativo de ello-se ponen de relieve frecuentemente tomas de posición "a favor" y "en contra" de la calidad de la vida -configurada en contraposición con la "sacralidad" y la "santidad" de la vida-, sin justificaciones explícitas².

"Precisamente en esta dirección es cuando la filosofía puede aportar mucho, asumiendo la tarea de tematizar, racionalmente, el significado del concepto de calidad de la vida, intentando aclarar su equivocidad."(Palazzani, 1994, p 366)

El presente trabajo busca aportar desde la

¹Para una síntesis panorámica del uso aplicado del concepto en los diversos sectores, véase SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica II. Aspetti medico sociali*, Vita e Pensiero, Milán, 1991, pp. 24 ss.; CARDINI, L. DE, *Per un'educazione alla qualità della vita*, Aggiornamenti Sociali, 1986, I, pp. 23-24

² Es una aguda observación de D. BLONDEAU, *La qualité de la vie*, op. cit., p. 84.

* Catedrático de la Universidad La Salle, Maestro en Psicología Clínica y en Bioética, en Barcelona. Premio Nacional FIMPES de investigación 1998, jmaa@ulsa.mx

reflexión filosófica un breve estudio para abordar el significado del concepto de calidad de vida, así como su plural significado en la cultura contemporánea y que abarca más de lo que se nombra.

La palabra y el concepto *calidad de vida*, como tal, según los autores, se comenzó a utilizar en la década de 1960, momento de plena efervescencia del estado de bienestar, por uno de sus máximos exponentes, el presidente norteamericano:

“La introducción del término en el lenguaje común se hace remontar al discurso pronunciado por Lyndon B. Johnson en el Madison Square Garden el 31 de octubre de 1964. La noticia la refiere D. BLONDEAU, La qualité de la vie éthique. La vie en question, 1992, 5, p. 85. Hay que precisar también que el uso de la expresión “calidad de la vida” se refiere implícitamente a la vida humana”. (Palazzani, 1994, p. 375)

Es de destacar la importancia que ha adquirido la preocupación por la calidad de vida, en los diversos ámbitos políticos, económicos, sociales, médicos, así como en el individual y aún en el lenguaje coloquial, pero con distintas mentalidades, diversas conceptualizaciones y variadas aplicaciones, que en parte se abordarán a lo largo del trabajo:

“Tener calidad de vida se ha convertido en una preocupación fundamental de nuestro tiempo”. La “calidad de vida” es ya una bandera que evoca todos los estados y modos de vida que se desean vivir. Y es una idea que está presente en los más variados debates sobre justicia social, medio ambiente o ética médica. Sin embargo, la expresión “calidad de vida” fue acuñada hace sólo medio siglo y hasta hace algunos años no formaba parte del lenguaje común.

“El concepto calidad de vida comenzó a ser utilizado en los años 1960, en el seno de la política y de las ciencias sociales. El motivo de su introducción en esos campos fue la insuficiencia de los indicadores económicos tradicionales. Los antiguos indicadores económicos sólo permitían cuantificar parámetros como el producto interior bruto, la renta o el consumo per cápita. Por ello, el llamado “movimiento de los indicadores sociales” hizo su uso del nuevo concepto de calidad de vida. Y se pusieron a punto algunos indicadores capaces de medir niveles de bienestar y calidad

de vida en términos no monetarios. Con esos indicadores también se intentaba mediar el efecto social de los factores económicos y el éxito de los programas sociales gubernamentales.

“Fue en los años ochenta cuando el concepto calidad de vida llegó a las ciencias biomédicas. El motivo de su aceptación fue la insuficiencia de los índices exclusivamente orgánicos de salud y enfermedad. Hasta entonces, los índices médicos sólo eran capaces de detectar la normalización de las cifras analíticas, la restitución funcional de los órganos, la mejoría motriz o la prolongación de la vida. Pero esos mismos índices eran incapaces de detectar aspectos esenciales de la vida y de la expectativa de los pacientes. Para paliar esas deficiencias se han puesto a punto en los dos últimos décadas decenas de instrumentos de medida de la calidad de vida. Existen no obstante, en la actualidad formas muy diferentes de definir, cuantificar y aplicar el concepto de calidad de vida.”(Sánchez, 2002, pp. 341-342)

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se perciben cambios y avances en las diferentes etapas de la manera de conceptualizar la calidad de vida, es un idea que madura de acuerdo a las nuevas situaciones planteadas, por lo que va resultando insuficiente el planteamiento anterior, y abarca desde los indicadores económicos, a los indicadores sociales y culmina en las ciencias biomédicas, aspectos que se estudiarán más adelante.

Como se observa las maneras de entender la calidad de vida son múltiples, todas buscan definir los estados de vida que son mejores tanto para el individuo, como para la sociedad. Sin embargo, a lo largo de la historia del pensamiento se ha dado una reflexión sobre la vida para la persona, que a continuación se estudiarán.

Sin embargo, debido a la necesidad de unificar criterios sobre la definición de calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud en 1994 propuso una de consenso: *“Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.* (Lolas, F. 1997) *Pues la calidad de vida es una realidad que involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad... que resulta objeto de interés para cualquier disciplina de las ciencias sociales que intente medir y/o evaluar*

cómo le va a la gente, ... al considerar la calidad de vida es necesario no sólo identificar la cantidad de dinero ... se requiere saber de su expectativa de vida, de su salud... calidad de su educación, de su trabajo... para meditar bien sobre la calidad de vida de un grupo humano, se requiere una descripción rica de lo que las personas pueden hacer y ser... (Nussbaum, Sen. 1998)

En este trabajo se comienza por la exposición de dos modelos éticos, (Sánchez, 2002, p.342, Vidal Marciano, 1991, pp. 14-15) que son, por una parte, los que se pueden considerar humanistas, los cuales buscan la perfección moral de la persona, como es el caso de Aristóteles, así como los pensadores que en él se inspiran, o corrientes de pensamiento que pudieran clasificarse en este enfoque; y, por otra, están los modelos éticos pragmáticos, como es el utilitarismo, complementada por los cambios político sociales de los últimos siglos, que han dado por resultado la noción de bienestar, que tanta importancia ha adquirido para la sociedad actual, pues la vida moderna en todos sus ámbitos tiende cada vez más a privilegiar esta visión.

Se continúa abordando la medición de la calidad de vida, o sea los indicadores sociales y de salud, con lo que se precisa aún más los alcances del concepto calidad vida en la vida actual. Para terminar, se intenta solucionar un problema que se advierte a lo largo del trabajo, las dos concepciones de la vida que se han expuesto, la humanista-perfeccionista y la utilitaria, que resultan distintas y contrapuestas, como lo analizan varios escritores; sin embargo, para otros, cada una de ellas aporta una visión que se complementa con la otra y que no necesariamente son antagónicas como a primera vista aparece.

Primera parte: los modelos éticos

1-Los modelos éticos humanistas-perfeccionistas

Aristóteles y el hombre virtuoso

De los modelos éticos que se exponen se comienza por los humanistas, que buscan la perfección moral de la persona; entre ellos Aristóteles, el cual es parte de la filosofía y el pensamiento griego, cuya pregunta central fue “¿Cuál es la vida buena más deseable para el hombre?”. Esa vida buena fue llamada *eudaimonía*, que conlleva la idea de estar protegido por un buen (*eu*) espíritu (*daimon*) y disfrutar, por consiguiente, de buena fortuna y prosperidad. La cultura griega destacó que lo

bueno y lo hermoso, que eran equivalentes, los cuales se lograban con el ejercicio de las virtudes correspondientes, dando por resultado la vida buena, lograda mediante alguna virtud (*areté*), que es tanto ética, como estética, definida como la capacidad de hacer algo bien y con belleza; la ética será el estudio de las virtudes humanas.

La vida buena para el individuo se identificaba con la vida buena para la ciudad; ética y política, se relacionan y asimilan entre sí; las virtudes individuales correspondían a las virtudes ciudadanas. En ese sentido Platón identifica el bien individual y el bien público y la virtud suprema es la justicia; de tal manera que en sus Diálogos Critón Sócrates afirma: “*Vivir bien, vivir honradamente y vivir justamente son el mismo concepto*”. (Sánchez, 2002, p. 343)

Aristóteles, por su parte, distingue entre el bien privado y el bien público. Y reconoce que los hombres entienden la *eudaimonía* según su género de vida. Y distingue tres clases de vida: la de los que buscan el placer, la vida política y la vida teórica. Aristóteles, como buen filósofo y científico, defiende la superioridad de la vida teórica individual.

Para Aristóteles todas las cosas tienen una finalidad; en el hombre es la actividad racional, la cual permite definirle como “*animal racional*”, por lo que “*la función del hombre es una actividad del alma según la razón, o que implica la razón... la función del hombre es una cierta vida, y ésta es una actividad del alma y unas acciones razonables, y la del hombre bueno estas mismas cosas bien y hermosamente*”. (Sánchez, 2002, p.344)

El siguiente paso del razonamiento aristotélico consiste en pensar que la *eudaimonía* tiene que consistir en realizar virtuosamente esa función racional propiamente humana. Se comprende así la definición aristotélica de *eudaimonía*: “*Es una actividad del alma de acuerdo con la virtud perfecta*”. Perfecto, en sentido aristotélico, es aquello que se desea por sí mismo y no por otra cosa. Así, la virtud perfecta, que obedece a la razón, produce *eudaimonía*, que es el bien perfecto y supremo del hombre. Por otra parte, el ejercicio de la virtud produce placer en el hombre virtuoso. “*La eudaimonía, por consiguiente, es la mejor, lo más hermoso y lo más agradable*”. (Sánchez, 2002, pp.344). Entre los hábitos intelectuales, piensa Aristóteles, hay uno que perfecciona las

acciones inmanentes, al cual da el nombre de *phrónesis (prudentia)*. Ésta es la principal entre las virtudes éticas y, como tal, está llamada a gobernar todo el organismo moral de la persona. La persona prudente es la persona que lleva una “vida lograda” o feliz. (Barrio Maestre, José Ma., 2003)

Por lo que con las distintas virtudes morales vamos perfeccionando nuestra naturaleza de tal manera que nos capacitamos para actuar más y mejor, porque además de favorecer la integración racional nuestras tendencias, el desarrollo de la virtud moral fortalece nuestra adhesión al bien, haciendo posible que, llegado el momento de la acción, deliberemos con rectitud, sin dejarnos influir por intereses particulares. De ahí la insistencia de Aristóteles en que no hay prudencia sin virtud moral. (González, A., 2004)

En síntesis, la ética aristotélica se basa en la virtud (*areté*), que puede definirse como un hábito operativo bueno, es decir, el buen obrar que se configura como una costumbre, como un modo ordinario y habitual de conducirse. Es imposible que el obrar virtuoso no satisfaga ciertas inclinaciones humanas naturales. Los actos virtuosos producen cierta satisfacción de la inclinación adquirida en la que la virtud consiste. Cuando se afianza una buena costumbre, el comportamiento fluye con espontaneidad, y de ahí que Aristóteles designe las virtudes con el nombre de *segundas naturalezas*. (Barrio Maestre, José Ma., 2003)

El cristianismo, Kant, Marx

El cristianismo heredó el pensamiento ético de los griegos; pero agregó el valor del sufrimiento en su dimensión sobrenatural y redentora; y el principio “*santidad de vida*”, según el cual toda vida humana tiene un valor absoluto y es irrenunciable aun en situaciones precarias, pues Dios es el autor de la vida y solamente a él corresponde darla y quitarla. La moral cristiana, que no dejó totalmente de lado la felicidad terrenal en esta vida, dejó de ocuparse prioritariamente de ella, más bien le dio una gran importancia a la felicidad eterna. Estas dos dimensiones de la ética cristiana siguen presentes en su propuesta ética, particularmente lo que se refiere al respeto absoluto a la vida, en cualquier situación, según el principio de “*santidad de vida*”.

En la misma línea, en el protestantismo la felicidad

se le separa de la vida moral. Lutero acentúa el aspecto autosacrificial que tiene la ética cristiana del amor.

Continuando con esta manera de pensar inspirada en el protestantismo, los planteamientos éticos quitaron la importancia ética a la felicidad individual. La felicidad resultaría indiferente. Entre estos pensadores destaca Kant en su posición deontologista, con su ética del deber, que obliga independientemente de nuestra felicidad. (Devettere, R.J., 1993)

Los rasgos fundamentales que identifican al hombre nuevo de la sociedad futura según Marx son la supresión de la propiedad privada y la aparición del comunismo, con lo que se supera toda alienación; con la supresión de la división del trabajo, el hombre podrá manifestar la totalidad de sus capacidades creativas; la posibilidad de disfrutar del tiempo libre, con el disfrute de los valores espirituales y una formación plenamente humana. (Sánchez, 2002, p.342)

Los contemporáneos

También pueden considerarse perfeccionistas todos aquellos autores que defienden la calidad de vida por la posesión de uno o varios atributos objetivos. Así, por ejemplo, Richard McCormick, que considera definitoria la capacidad para establecer relaciones humanas. (Sánchez, 2002) O el mismo Joseph Fletcher, que consideró necesaria la existencia de quince cualidades positivas (entre ellas una inteligencia mínima) y cinco negativas (como el no ser meramente “natural”, por ser artificial o cultural en alguna medida). (J. Fletcher, 1972)

Está también la ética de las capacidades de Sen el cual recurre, por influencia de Nussbaum, a Aristóteles: “las relaciones conceptuales más importantes parecen ser las vinculadas con la noción aristotélica del bien humano. (...) La explicación aristotélica del bien humano está explícitamente vinculada con la necesidad de establecer primero la función del hombre y luego proceder a explorar la vida en el sentido de actividad”. (Sen A., 1998)

2- Los modelos éticos pragmáticos

La otra manera de abordar la calidad de vida son los modelos éticos pragmáticos, tanto el

utilitarismo, como los cambios político sociales de los últimos siglos; aportando su noción de bienestar, que tanta importancia ha adquirido para la sociedad actual; pues la vida moderna, en todos sus ámbitos, tiende cada vez más a privilegiar la calidad de vida en cuanto bienestar de la misma.

El utilitarismo

“Como movimiento, dedicado a la reforma -escribió Bertrand Russell-, el utilitarismo ha logrado, ciertamente, más que todas las filosofías idealistas juntas”. (Ovalle O, Martínez, 2006)

El pensamiento inglés destacó la importancia de la búsqueda de la felicidad como único objetivo de la ética; pero por felicidad entiende los estados placenteros; tal es el caso de Bentham, fundador del utilitarismo contemporáneo, instauró como único fundamento de la ética el llamado “*principio de utilidad*” o de “*la mayor felicidad.*” (Sánchez, 2002, p.346)

Bentham desarrolló su sistema ético alrededor de la idea del placer. Las acciones morales son aquellas que maximizan el placer y minimizan el dolor, y ayudan a definir lo que es bueno y moral; y escribió: “La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos amos soberanos, el *dolor* y el *placer*. Les corresponde sólo a ellos señalar lo que debemos hacer, así como determinar lo que haremos. Por un lado, la norma del bien y del mal, por el otro la cadena de causas y efectos, están sujetos al trono de ellos. Nos gobiernan en todo lo que hacemos, en todo lo que decimos, en todo lo que pensamos; todo esfuerzo que hagamos para librarnos de nuestra sujeción servirá solo para demostrarla y confirmarla” (J. Bentham, An Introduction to the Principles of Morals and Legislation).

Mill por su parte definió al utilitarismo como “*el credo que acepta la utilidad, o el principio de la mayor felicidad, como el fundamento de la moral. Y mantiene que las acciones son correctas en proporción al grado en que tienden a promover felicidad, e incorrectas en la medida en que tienden a producir lo contrario.*” (Sánchez, 2002, p.346)

Mill al igual que Bentham propuso el cálculo del mayor bien para el mayor número; pero mientras Bentham usó el cálculo en un sentido cuantitativo, Mill lo usó en un sentido cualitativo; pues éste

creía, por ejemplo, que algunos placeres eran de una calidad superior a otros. Aunque el utilitarismo establece la utilidad como único criterio de moralidad; pero hay distintos utilitarismos de acuerdo a su forma de definir la utilidad. Porque la utilidad puede ser definida como tendencia a producir felicidad, y la felicidad, a su vez, puede ser entendida como placer o como mero disfrute de cosas buenas. Pero la utilidad también puede ser entendida como tendencia a satisfacer las preferencias o los intereses de los afectados. También está el *utilitarismo de las normas*, que afirma que el mejor acto es aquel que forme parte de una norma que sea la que nos proporciona más utilidad. Y aunque el utilitarismo defiende la producción del máximo bienestar para el máximo número de personas; otros, en cambio, postulan que es necesario prevenir la mayor cantidad de dolor o daño para el mayor número de personas.

En síntesis, el utilitarismo ha aportado a la cultura actual su interés por la vida feliz en este mundo, su universalismo opuesto tanto al egoísmo como al altruísmo, su criterio de evaluación por las consecuencias, y su tendencia a cuantificar y maximizar la felicidad. Sin embargo una crítica que se le hace es que el concepto de felicidad ha acabado siendo sustituido por un simple concepto de “*bienestar*” entendido como disfrute pasivo y posesión de bienes materiales, que es equivalente a calidad de vida.

El debate político sobre el nivel material de vida

En el concepto de bienestar también ha influido una línea de pensamiento y acción que está más en relación con las luchas políticas modernas. Pues las guerras de religión en Europa dieron como resultado el reconocimiento de la libertad de conciencia y la tolerancia del pluralismo. Dejó de existir un consenso único acerca de la vida que se debía vivir. El liberalismo político renunció a promover ideales particulares de vida y dejó a los individuos la elección de la vida que querían vivir. Así, la libertad individual se convirtió en el principal valor político y se reconoció la igualdad de los individuos frente a la ley. El derecho de propiedad, a su vez, fue defendido como la principal garantía de la libertad.

Pero la libertad de vivir sin ser violentado ni obligado a nada, era meramente negativa. Y no permitía vivir una vida positivamente deseable a

todos los que carecían de propiedades o dinero para pagarla. Por lo que los políticos de los siglos XIX y XX, tanto utilitaristas y socialistas, insistieron en la importancia de asegurar ciertos bienes materiales a todos los individuos. Se llegó así a centrar el debate político y social en el logro de un cierto nivel de bienestar material. Y finalmente, en el logro de un nivel mínimo de bienestar social garantizado por el Estado. (Sánchez, 2002, p.346)

De este modo, en las sociedades modernas se ha llegado a considerar irrenunciable la existencia de un marco de Derechos humanos que permita disfrutar de un nivel de vida digno. Con estos dos aportes, uno desde el pensamiento filosófico, como es el utilitarismo, y el otro mediante los cambios políticos y sociales se llega a las concepciones modernas de calidad de vida, estado de bienestar y un cierto nivel de vida digno.

Segunda parte: la medición de la calidad de vida, los indicadores

Indicadores de calidad de vida

Como la calidad de vida es una de las preocupaciones fundamentales de nuestro tiempo, abarca diversos ámbitos, economía, política, ecología, biomedicina... dando por resultado el llamado “movimiento de los indicadores sociales” para medir niveles de bienestar y calidad de vida, hasta llegar a las ciencias biomédicas.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los '70 y comienzos de los '80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de Estados Unidos, “Social Indicators Research”, en 1974 y en “Sociological Abstracts” en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. (Gómez-Vela, 2009)

De entre los indicadores de calidad de vida, se exponen los indicadores sociales y los relacionados con la salud.

Indicadores sociales de calidad de vida

Un indicador social que aquí se toma en cuenta es el índice de desarrollo humano, que es el proceso por el cual una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos y también puede definirse como una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región. Por otra parte, el índice de desarrollo humano (IDH) es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto a su vez por tres parámetros: vida larga y saludable, medida según la esperanza de vida al nacer; educación, medida por la tasa de alfabetización y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria; nivel de vida digno, medido por el Producto Interno Bruto PIB per cápita en dólares. (ONU, Indicadores de desarrollo humano. 2009)

La esperanza de vida es la media de la cantidad de años que vive una cierta población en un tiempo. Se divide en masculina y femenina; se ve influida por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc, si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta. Aunque la media mundial es de 66,7 años (2005), existen diferencias entre las distintas zonas del planeta. En Europa y América del Norte la media es de 73 años, en Oceanía es de 71 años, en Latinoamérica es de 70 años, en Asia es de 61 años y en África es de 55 años. Según el informe anual de la ONU, los Estados con menor expectativa son Zambia, con 37,5 años, la República Centroafricana con 39,3 años, Malawi con 39,7 años y Sierra Leona con 40,8 años. Los de mayor expectativa son Andorra con 83,51, Japón con 82 años, la región de Hong Kong, China con 81,6 años, Islandia con 80,7 años y Suiza con 80,5 años. En el caso de México, país donde vivo, la expectativa es de 75,1 años y está en el lugar 51. (ONU, Esperanza de vida. 2009)

La educación es el proceso mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación está presente

en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Es el proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad. La educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, etc. respetando siempre a los demás. Ésta no siempre se da en el aula. Existen tres tipos de educación: la formal, la no formal y la informal. La educación formal hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, módulos... mientras que la no formal se refiere a los cursos, academias, etc. y la educación informal es aquella que abarca la formal y no formal, pues es la educación que se adquiere a lo largo de la vida. La educación es obligatoria en el mundo. La educación se mide mediante la tasa de alfabetización y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria. Hay países con altos grados de escolaridad-educación formal y otros con pocos. El promedio de escolaridad en México es de 7.7 grados. (ONU, Educación. 2009)

El producto interno bruto (PIB) es el valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios de un país durante un período (trimestre o año). Es una magnitud de flujo, pues contabiliza sólo los bienes y servicios producidos durante una etapa. Además el PIB no contabiliza los bienes o servicios que son fruto del trabajo informal (trabajo doméstico, intercambios de servicios entre conocidos, etc.). El PIB per cápita, es una magnitud que trata de medir la riqueza material disponible. Se calcula simplemente como el PIB total dividido entre el número de habitantes. Los cinco países con mayor PIB per cápita en 2006, medido en dólares estadounidenses (US\$), son: Luxemburgo \$76.225, Noruega \$65.785, Islandia, \$56.364, Qatar \$53.539 e Irlanda \$49.533. Y en México \$12,500 (estimado en el 2007). (ONU, Producto interno bruto. 2009)

Además de estos aspectos que se nombran, existen otros, por ejemplo el índice de desarrollo de la mujer, el índice de desarrollo político, etc. Como continuidad de lo anterior están las metas del desarrollo del Milenio de la ONU las cuales tienen el objetivo y compromiso de ser alcanzados para el año 2015, y son: erradicar la pobreza y el hambre, conseguir la educación

primaria universal, promover la igualdad de género y el facultamiento de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el Sida, la malaria y otras enfermedades, conseguir la sustentabilidad ambiental, fomentar una asociación mundial para el desarrollo; cada una de las metas con cifras específicas. Todas estas metas están provocando una mejoría en la calidad de vida particularmente entre las poblaciones menos favorecidas, con lo que se abandona el que estos conceptos pudieran ser para una casta de privilegiados. (ONU, Métodos del desarrollo del milenio. 2009)

Indicadores relacionados con la salud

Se entiende por calidad de vida relacionada con la salud como la suma global de bienestar, satisfacciones, logros y posibilidades que son consecuencia directa de los estados de salud y enfermedad. Existen diversos instrumentos para cuantificar a la calidad de vida relacionada con la salud, los cuales suelen delimitar ciertos aspectos de la vida que dependen de los estados de salud; de esta manera, amplían y enriquecen los conceptos meramente fisiológicos de salud.

Los instrumentos más sencillos son los cuestionarios de una sola pregunta; pero es conveniente que las evaluaciones de la calidad de vida sean multidimensionales y abarquen la esfera física, psicológica, social interpersonal, económica.

Una de las medidas de calidad de vida más utilizadas son los "años de vida ajustados según su calidad", Quality Adjusted Life Years (QALY's). Para calcular los QALY's se multiplica el número de años con algún déficit en la calidad de vida por un coeficiente inferior a uno, que es tanto menor cuanto más severo es el déficit. Se obtiene así el número de años en perfecta salud que serían equivalentes a los años con el déficit. (R. Rosser, 2002, p. 357, 1978 pp.347-558)

La medición de la calidad de vida puede tener aplicación en diversas áreas sanitarias; las cuales abarcan la toma de decisiones clínicas sobre enfermos concretos, las decisiones políticas sobre la distribución de recursos, la investigación con ensayos clínicos, la evaluación de resultados

sanitarios y la estimación de las necesidades de una población. Como es sabido, la maximización de los beneficios es un principio económico clásico. Y ajustándose a este principio económico, se ha propuesto que los recursos sanitarios se distribuyan de forma que sea máximo el número de QALYs que se vayan a obtener en el conjunto social. Y, ciertamente, a este principio de maximización de los QALYs se le pueden encontrar justificaciones éticas; desde el utilitarismo, puesto que así se consigue la mayor utilidad del mayor número, sin acepción de personas, o como un pacto social racional. No obstante, al principio de maximización de los QALYs también se le pueden realizar ciertas críticas: tiende a marginar a los ancianos. Se prefiere a los pacientes de mejor pronóstico. Impone a las minorías los valores de la mayoría, puesto que en el proceso social de estimación de la calidad de vida sólo se puede alcanzar un término medio. Se puede recurrir al principio de maximización para enmascarar y justificar políticas inaceptables de contención de costes sanitarios. El principio de los QALYs necesita ser corregido y completado con otros principios como justicia, equidad, compasión, respeto y valoración de la vida humana. (Sánchez, 2002, pp. 358-363)

Las decisiones clínicas sobre enfermos concretos también pueden ser influidas por alguna estimación de la calidad de vida del paciente en cuestión. Pero en este ámbito clínico es preciso distinguir las decisiones que el propio paciente realiza sobre sí mismo de las decisiones que toman otras personas. En el caso de pacientes capaces para decidir, la estimación de la calidad de vida realizada por ellos mismos puede tener la máxima fuerza en las decisiones que les afectan. Ahora bien, los pacientes incapaces para decidir plantean problemas de calidad de vida que no se pueden resolver apelando al consentimiento informado. Hay quienes piensan que las estimaciones de calidad de vida no deben influir en las decisiones sobre enfermos incapaces, para evitar entre otras cosas, el riesgo de discriminación o desvaloración de esos seres humanos.

Pero también es cierto que excluir totalmente los juicios de calidad de vida puede promover o mantener situaciones de sufrimiento que ninguna persona normal querría para sí misma. (Sánchez, 2002, pp. 363-364).

Una alternativa para tratar el dolor y evitar

el ensañamiento terapéutico sin recurrir a la eutanasia son los cuidados paliativos; la Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. La definición se completa con otros principios entre los cuales figura que los cuidados paliativos no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte. La OMC y los expertos en cuidados paliativos defienden que el mejor modo de garantizar una muerte digna es poner a disposición de los profesionales de la sanidad los recursos técnicos y humanos necesarios para atender al paciente terminal. (Sin autor, Muerte digna consulta electrónica, 2009)

Además se están incrementándose los programas de *Hospice* que han intentado durante décadas ofrecer una alternativa a la muerte en una fría y estéril habitación de hospital... La atención de *Hospice* está diseñada para ofrecer comodidad y apoyo a los pacientes y sus familiares cuando una persona sufre de una enfermedad fatal e incurable,... La atención de *Hospice* se concentra en aliviar los síntomas y apoyar a los pacientes que están a horas, días o meses de la muerte. (Sin autor crece en EEUU, consulta electrónica, 2009)

Lo que parece indudable es que sobre los pacientes incapaces el médico no debe decidir según su propio y exclusivo criterio de calidad de vida. Hay que procurar que los familiares o sustitutos del enfermo estén de acuerdo con las decisiones del médico. Se debe procurar seguir el criterio del mejor interés del enfermo. Hay que tener en cuenta las directivas anticipadas o testamentos vitales del enfermo.

Para las situaciones más delicadas es conveniente que existan protocolos públicos recomendados por las autoridades y elaborados con la participación de la profesión médica, las instituciones profesionales y la población bien informada, aunque en la aplicación de esos protocolos siempre es posible cuestionar el derecho que tiene la mayoría a imponer sus criterios a las minorías.

Y hay que tomar en cuenta que la convicción personal del médico puede ser también que un paciente ya no tiene calidad de vida, según su modo de valorarla, y que ya no merece la pena vivir así. Y puede tratar de imponer al paciente esta convicción personal. (sin autor, Muerte digna consulta electrónica, 2009)

Entre los casos más problemáticos están los pacientes en estado vegetativo permanente y las demencias terminales. Hoy día se tiende a conceder cada vez más peso a sus propias directivas anticipadas o testamentos vitales. Y en ausencia de directivas anticipadas, el parecer de los sustitutos legales cobra esencial relevancia. Los niños con malformaciones congénitas muy graves constituyen el terreno más polémico. En los casos más extremos se tiende a respetar el juicio de los médicos o las peticiones de los padres, pero es muy difícil delimitar una línea de gravedad suficiente que recomiende universalmente la abstención terapéutica.

En síntesis, todas las decisiones médicas, se deberían tomar atendiendo a la calidad de vida futura del paciente, y deben restringirse o anularse, si esa calidad de vida no va a ser buena. Pero se podría preguntar: ¿quién dictamina sobre la suficiente calidad de esa vida? Según Singer, para eso está el criterio de los médicos y lo que la sociedad defina. (Singer, Peter, 2009)

Por lo que en caso de enfermos terminales e incurables se hace imprescindible simplificar las categorías de calidad de vida a tener en cuenta. Una de tales simplificaciones es la clasificación tripartita introducida por Jonsen y Siegler: (Sánchez, 2002, p.365)

- a) Calidad de vida simplemente disminuida. Como ocurre en las situaciones de déficit físico o mental que todavía permiten una vida propiamente humana. En esta categoría, la calidad de vida sólo puede ser tenida en cuenta por el propio paciente. Y no debe influir en los tratamientos médicos que reciba.
- b) Calidad de vida mínima. Tal y como se encuentra en las situaciones irreversibles de sufrimiento intolerable para el sujeto, de limitación extrema, con importante restricción del nivel de conciencia o de la capacidad de relación. Es esta categoría la que plantea auténticos dilemas éticos.
- c) Calidad de vida bajo mínimos. Éstas son las situaciones irreversibles en las que no existe ni

siquiera un mínimo nivel de conciencia y de relación con otros seres humanos. El estado vegetativo permanente y la demencia en fase terminal constituyen el paradigma de estas situaciones. En esta categoría se pueden plantear lícitamente la retirada de ciertos tratamientos médicos.

Por otra parte en la investigación con ensayos clínicos ha sido la actividad sanitaria que ha incorporado las mediciones de la calidad de vida más sistemáticamente y con más éxito. En la actualidad existen muchas intervenciones médicas que tienen como objeto principal la mejora de la calidad de vida de los pacientes, aunque no pretendan aumentar la esperanza de vida cronológica. Algunos ejemplos son: la cirugía de reemplazo articular, el tratamiento farmacológico del asma o el control de las enfermedades mentales. Así, las mediciones de calidad de vida se convierten en instrumentos indispensables cuando se realizan ensayos clínicos para investigar nuevos tratamientos o comparar los ya existentes. Y posteriormente, la mejora de la calidad de vida pasa a constituir el principal argumento para establecer su indicación terapéutica. (Sánchez, 2002, p. 367)

Tercera parte: síntesis

Hacia una síntesis dialéctica

La calidad de vida entre humanistas-perfeccionistas y pragmáticos

Como se viene exponiendo y estudiando en las definiciones actuales de la calidad de vida existen dos modelos éticos contrapuestos, resultados de la historia del pensamiento filosófico, los humanistas-perfeccionistas y los pragmáticos. (Sánchez, 2002 p.348)

Los criterios humanistas-perfeccionistas se basan en considerar la perfección moral de la persona, pues estiman que la vida buena consiste en el ejercicio y desarrollo de ciertas capacidades humanas; entre ellas, las capacidades cognoscitivas, de creatividad, de vida independiente o de relación interpersonal. Estos criterios entroncan con las antiguas reflexiones filosóficas sobre la *eudaimonía* y la *virtud*. Necesitan apoyarse en un juicio de valor previo acerca de las cualidades, actividades o capacidades cuya presencia confiere calidad a una vida. Y estiman la calidad de un modo más activo y objetivo, teniendo en

cuenta la existencia de cualidades objetivas, actividades exteriores o realización de objetivos. Por el contrario, son criterios utilitaristas aquellos que se apoyan en alguna noción de la utilidad que tiene la vida para el propio individuo. Estos criterios estiman la calidad de vida de un modo más pasivo y subjetivo, atendiendo al disfrute de ciertos estados emocionales o de satisfacción subjetiva. Se pueden distinguir dos tipos de utilitarismo según su forma de entender la utilidad. Así, también, se puede definir la calidad de vida por su contenido de felicidad subjetiva, dando lugar a criterios “utilitaristas hedonistas”. Pero también se puede definir la calidad de vida por su posibilidad de satisfacer los deseos o preferencias del individuo. De esta última forma originaremos criterios “utilitaristas de satisfacción de deseos”. Y, de hecho, los índices que se emplean para medir la calidad de vida se basan en criterios utilitaristas.

La antítesis entre santidad de vida y calidad

Los planteamientos que tienen en cuenta la calidad de vida entendida desde el punto de vista del utilitarismo se han considerado opuestos a las posiciones llamadas de “santidad de vida”, que insisten en el carácter sagrado, absoluto e inviolable que tiene toda vida humana en cualquier circunstancia, y cuyo valor no disminuye ni aún en las condiciones más extremas.

Las doctrinas de santidad de vida tienen un origen eminentemente religioso, en el cristianismo. Contemplan la vida humana como creación de Dios sobre la que el hombre carece por completo de autoridad, propio de las cosmovisiones de las religiones, judaísmo, islam... Y además, pueden asignar un valor sobrenatural al sufrimiento, como en el cristianismo. Atribuyen un gran valor a la vida humana, que obliga a protegerla siempre.

No obstante, su principal diferencia con las doctrinas de la calidad de vida es el carácter de su teoría ética subyacente. (Reich W.T. 1978) Las doctrinas de la santidad de vida son deontológicas y se atienen a ciertos principios; mientras que las doctrinas de calidad de vida asumen una metodología ética consecuencialista y por eso valoran los resultados.

El alcance de las doctrinas de santidad de vida es, sin embargo, impreciso y puede inculcar una cierta rigidez. Puede inducir incluso a adoptar posturas “vitalistas” en las que lo importante no es la vida propiamente humana, sino la vida meramente biológica. De esta forma, el principio de santidad de vida no parece suficientemente preciso y adecuado para resolver a priori todos los problemas. Y pretender utilizarlo como único instrumento para todas las decisiones vitales es distorsionar su valor real como principio y convertirlo en un mecanismo de evitación de decisiones en lugar de ser una guía para las mismas. (Keyserling K. 2002)

La vida humana es un bien que debe ser protegido en principio. Ésa es la función que debe continuar desempeñando el principio de santidad de vida. Pero también parece conveniente elaborar un concepto de calidad de vida entendido como complemento y no como adversario del principio de santidad de vida.

Un adecuado concepto de calidad de vida

Se necesita una noción de calidad de vida que no relativice el valor de las personas por consideraciones de mérito, rango o utilidad social. Que no introduzca la comparación entre diferentes vidas humanas como base para tratar a unas sí y a otras no. Pero ese concepto deberá permitir diferenciar entre la vida humano-personal y la vida meramente biológica, reconociendo que la vida biológica es sólo la condición para los valores y las realizaciones propiamente humanos. Será un concepto, como ha afirmado (McCormick, R.A. 1978) que afiance el valor igual de toda persona, pero que al mismo tiempo reconozca que no toda forma de vida tiene igual valor para la persona. Un tal concepto sólo podrá invocarse en beneficio del paciente en cuestión, y de nadie más. La decisión no podrá perseguir el interés de otros o de la sociedad. Y, naturalmente, el balance decisivo de los beneficios deberá ser hecho por el propio paciente o sus sustitutos legales. Un concepto aceptable de calidad de vida estará, además, contrapesado por un principio de santidad de vida que asegure el valor intrínseco e igual de toda vida.☞

Referencias Bibliográficas

- Barrio Maestre, José Ma. La Bioética, entre la resolución de conflictos y la relación de ayuda.
- Cf. Devettere, R. J. "Clinical Ethics and Happiness", *The Journal of Medicine and Philosophy* 18 (1993) 71-89, en Sánchez, 2002, p. 345.
- [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida].
- [Consulta electrónica]. 06 de noviembre de 2003. [Consulta realizada el 5 de diciembre de 2009 en [http://www.bioeticaweb.com/content/view/49/744 \(/view/30/759/\)](http://www.bioeticaweb.com/content/view/49/744 (/view/30/759/)].
- Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Consulta electrónica]. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>].
- González, Ana Marta. Claves éticas para la bioética. [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 5 de diciembre de 2009 en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/23/904/>].
- <http://www.google.com.mx/search?hl=es&source=hp&q=retos+del+milenio+onu&meta=&aq=2&oq=retos+del+m>].
- J. S. Mill, *El utilitarismo* (1863), Alianza Editorial, Madrid, 1984, 45, en Sánchez, 2002, p. 346.
- Lolas F. Discursos y narrativas en medicina: origen, ejemplos, comentario. En: Más allá del cuerpo.
- La construcción narrativa de la salud. [Consulta electrónica]. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1997. En Harold Guevara Rivas et alt. *Algunos Aspectos Filosóficos en Calidad de Vida*. Publicado: 28/08/2008. [Consulta realizada el 2 de diciembre de 2009 en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1221/5/Algunos-Aspectos->].
- MCCALL, S., What is quality of life?, *Clinics in Oncology*, 1985, 4 (1), pp. 161-176; BOYLE, J., Quality of life: an ambiguous expression, *Ethics and Medics*, 1990, 15 (1), pp. 1-2.
- McCormick, R. A. "To Save or Let Die" en J. J. Walter/T. A. Shanon (eds.), *Quality of Life: The New Medical Dilemma*, o. c., 26-34, en Sánchez, 2002, p. 349.
- Nussbaum, Sen. *La Calidad de Vida*. [Consulta electrónica]. México: Fondo de Cultura Económica. 1998. En Harold Guevara Rivas et alt. *Algunos Aspectos Filosóficos en Calidad de Vida*. Publicado: 28/08/2008. [Consulta realizada el 2 de diciembre de 2009 en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1221/5/Algunos-Aspectos->].
- ONU Programa de las Naciones Unidas. Educación. [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida].
- ONU Programa de las Naciones Unidas. Esperanza de vida. [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida].
- ONU Programa de las Naciones Unidas. Índice de desarrollo humano.
- ONU Programa de las Naciones Unidas. Producto interno bruto. [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en http://es.wikipedia.org/wiki/Esperanza_de_vida].
- ONU. Las metas de desarrollo del Milenio de la ONU. [Consulta electrónica]. [Consulta realizada el 9 de diciembre 2009 en:
- Palazzani, Laura, (1994), *Calidad de vida: consideraciones filosóficas*, en *Medicina y Ética* -1994-3, México.
- R. Rosser/V. Watts, "The measurement of hospital output", *International Journal of Epidemiology* 1 (1972) 361-8, en Sánchez, 2002, pág. 357.
- Sánchez, Miguel, (2002), *Calidad de vida*, en García Férrez, José y Alarcos Martínez, Francisco José, 10 palabras clave en *Humanizar la Salud*, Verbo Divino, Estella.
- Sin autor. Muerte digna sin imposiciones. A propósito del proyecto de ley andaluz sobre "muerte digna". [Consulta electrónica]. 19 de junio de 2009. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1328/90/>]. y Crece en EEUU el número de hospitales que ofrecen el modelo del Hospice. [Consulta electrónica]. 13 de enero de 2007. [Consulta realizada el 4 de diciembre de 2009 en http://www.bioeticaweb.com/index.php?option=com_content&task=view&id=4378&Itemid=84].
- Singer, Peter. *Repensar la vida y la muerte*. El derrumbe de nuestra ética tradicional. [Consulta electrónica]. Paidós. [Consulta realizada el 3 de diciembre de 2009 en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1328/90/>].
- Vidal, Marciano, 1991, *Moral de la persona y bioética teológica*, Moral de actitudes II, 1ª. parte, PS, Madrid.

De la
Ciencia



a la
Conciencia





Responsabilidad jurídica y ética del personal de Salud

Garbiñe Sarawatari Zavala*

Introducción

El derecho a la protección de la salud es sumamente amplio y complejo, ya que implica temas de atención a la salud, investigación, diagnóstico, prevención, tratamiento, e instancias, y su organización; una de sus facetas más importantes es que los usuarios no sólo tengan derecho a obtener estas prestaciones de salud de forma oportuna y de calidad idónea, esto desde un punto de vista técnico, sino que reciban atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso de los profesionales del equipo de salud, técnicos y auxiliares. En el tema de la investigación en seres humanos, esta debe ser conducida bajo directrices científicas, éticas y morales. El derecho de recibir prestaciones de manera “oportuna” y “eficaz” es un mero enunciado, si no se le da el verdadero sustento; más allá de lo expedito del servicio, la precisión técnica y resultados favorables, deben contemplarse los principios éticos y valores, sustentándose en el respeto a la dignidad de la persona.

Acto Médico

Al pensar en el acto médico tendemos a pensar en una relación biunívoca entre el médico-paciente, porque es lo que encontramos más frecuentemente en la literatura. Cuando las esferas de actuación del médico y del paciente se entrelazan, muchas veces dejamos de lado a la esfera conformada por las instituciones y la sociedad. El equipo de salud, incluyendo además de médicos, enfermeras, técnicos, trabajadores sociales, psicólogos y tanatólogos, a los administradores de la unidad médica y otros, conoce -o debería conocer- por supuesto, todo su “bagaje” técnico-científico, además de los procedimientos que el avance de la medicina arroja, lo cual en conjunto conforman a la *Lex Artis*, entendida ésta como el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas



en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo. (CONAMED, 2010).

Pero también el personal médico tiene sus propios valores éticos y morales y se encuentra inserto en su propio contexto cultural, lo cual explica que el médico no siempre puede actuar asépticamente ante una situación; ejemplo de esto, es la existencia del derecho de objeción de conciencia, por medio del cual se reconoce que no se puede sustraer al personal médico de sus creencias religiosas o valores morales, ya que antes de ser un profesionista, es una persona. Este médico como persona, trae al trabajo todo sus valores consigo para encararse frente a un paciente, que a la vez tiene sus propias expectativas, temores, conocimientos (científicos o no), y hasta los consejos que obtuvo por parte de sus familiares o datos de internet obtenidos de cualquier fuente; aparte, de todos los prejuicios propios de su entorno cultural y conductas estereotipadas. Solemos pensar que por ser mexicanos, nos corresponde tal o cual conducta, pero cuando llegamos a una comunidad indígena

*Dra. en Derechos Humanos por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid España. Actualmente Jefa del Departamento de Estudios Jurídicos Éticos y Sociales del Instituto Nacional de Medicina Genómica, Maestra en Bioética por la Universidad de Cuyo, Mendoza, Argentina y la OPS.

nos damos cuenta de profundas diferencias, que son difíciles de saber como colectivo social porque son específicas; hay conductas que consideramos normales, pero que en el contexto de una comunidad diversa a la nuestra, violentan los derechos de alguna persona del grupo; por ejemplo, hay comunidades indígenas donde no se permite que un médico hombre revise a una mujer. Entonces, hay una serie de cuestiones que damos por sentado dentro de un contexto urbano, porque al estar en pleno siglo XXI ya globalizados en una cultura homogénea, hace que olvidemos que el respeto a la diversidad cultural también conforma la práctica del acto médico.

En la amplia dinámica del acto médico, las instituciones se presentan frente al médico con la normatividad, sus propias guías y programas que éste debe cumplir. Pero también la sociedad impone cierto tipo de conductas, ahora por ejemplo, que estamos en una sociedad mucho más activa, en donde existe más participación democrática, donde la misma sociedad exigió el derecho a la información, ni las instituciones, ni los médicos, pueden actuar como quisieran al margen de la transparencia. Antes había opacidad, pero ahora el mismo ciudadano quiere ser partícipe de lo que pasa y saber lo que hace el gobierno o las empresas con los recursos. En esta sinergia participan estos tres actores: el Médico con su *Lex Artis*, que se adapta a la normatividad de las instituciones; las Instituciones, que deben ofrecer al paciente apego a la ley y satisfacer el cumplimiento del derecho a la protección a la salud; éstos, deben de estar unidos por un vínculo de empatía, para así poder llegar a una buena práctica médica.

Derecho a la Protección a la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como “el estado completo de bienestar físico y mental en un contexto ecológico social propicio para su sustento y desarrollo, la salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones sociales y culturales y es con ellas un componente sinérgico de bienestar social.” Basta imaginar lo amplio de esta definición para saber que es utópica; se supone que los Estados cuando firman en los convenios o tratados internacionales que velarán por el derecho a la salud, lo firman cómo una meta a la que quisiéramos llegar, ya que sería imposible que los países puedan comprometerse,

a brindar un “estado completo de bienestar”. Cabe preguntarse, por ejemplo, en la Ciudad de México o Distrito Federal (D.F.), se puede llegar a un “contexto ecológico social”, cuando los niveles de contaminación son altísimos o nos podemos cuestionar si la salud puede “descansar en la esfera de todas las interacciones sociales”, cuando vemos los problemas de los grupos en situación de vulnerabilidad, que en pleno siglo XXI carecen de condiciones de igualdad.

Obviamente un estado-nación no puede comprometerse a ofrecer una “salud” en este sentido utópico a todos sus ciudadanos; a lo que sí puede comprometerse un país, es a establecer las condiciones propicias para que existan instituciones que brinden atención o protección a la salud. En este sentido, resulta bastante acertado lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (D.O.F. 1917) que mejor aterrizó ese derecho a la salud abstracto, en un derecho a la protección de la salud. Se suele decir que el derecho a la salud se funda en el párrafo tercero del artículo 4º Constitucional, pero siguiendo a Sergio García Ramírez, (cfr. 1997) no es que se consagre el “derecho a la salud”, sino un derecho a disponer de medios para la protección de la salud mediante el acceso a los servicios correspondientes. El párrafo fundante de este Derecho a la letra establece: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”*

El artículo 133 constitucional establece cuál es la legislación que rige en el país y el orden que tienen que seguir las normas: primero rige la Constitución y en cuestión específica de salud, existen además del artículo 4º constitucional, los artículos 1 al 29 de la Constitución que son las garantías individuales o derechos humanos -que aunque la Constitución no los llama así- sí son derechos que el gobierno se compromete a respetar y para lo mismo, a establecer políticas públicas e institucionales para poder llegarlos a proteger y cumplir. Así que más puntualmente, la salud es un bien que el Estado jurídicamente puede comprometerse a tutelar y los gobernados contamos con el derecho a la protección de la salud. Claro que la condición *sine qua non* para

que exista la salud, es el respeto a la vida y a la integridad física, obviamente, se requiere la protección de los demás derechos humanos para llegar a esa "salud" definida por la OMS.

Los siguientes en orden de prelación, son los tratados internacionales y convenios, firmados por México y ratificados por el Senado, éstos rigen diversas materias, que pueden ir desde temas comerciales, como el Tratado de Libre Comercio con Norteamérica (TLCAN), hasta cuestiones específicas de salud, para lo cual contamos con instrumentos tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (ONU, Pacto Internacional, 1966)

Luego más abajo en jerarquía, se sitúan las leyes generales o reglamentarias de la Constitución, en el caso específico de la salud, la Ley General de Salud (LGS) (Ley general de salud, 1984), reglamenta al artículo 4º constitucional. El derecho a la protección de la salud es desglosado en este ordenamiento, especificando el tipo de acciones que corresponden a las instituciones de salud y quienes son los encargados de ejecutarlas; por lo mismo, la LGS tiene reglamentos que profundizan en diversas materias como: atención médica, investigación, trasplantes, sanidad internacional, publicidad, entre otros."(LGS 1984)

También existen las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que son normas obligatorias en materia técnica, las cuales regulan los estándares como medidas, procedimientos, etiquetado, que deben cumplir los productos y servicios, en diversos campos: pueden abarcar desde el campo laboral, minero, eléctrico, económico. En el ámbito de la salud hay NOM's de distinta índole, desde las que regulan cuestiones de servicios de atención médica(NOM-025 SSA2-1994), como la específica sobre atención en unidades psiquiátricas o de la atención a la mujer durante el embarazo; también existen NOM's que regulan el manejo de sustancias(NOM-087-ECOL-SSA1-2002) como la que regula a los residuos peligrosos, o hay NOM's como las que regulan aspectos técnicos(NOM-152-SSA1-1996), tenemos por ejemplo, la medida o grosor de los catéteres para diálisis. De hecho, en el campo de la salud y de higiene en el trabajo es donde mayor cantidad de NOM existen.

Después de las NOM sigues en el orden regulatorio, la normatividad propia de las instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y otras instancias, cuentan con sus propias leyes que reglamentan los servicios de salud que se otorgan a la población(Ley del Seguro Social-1995). También en el Derecho Sanitario encontramos que los decretos, circulares, acuerdos del Gobierno Federal y locales, rigen los servicios de salud.

Dentro de este derecho a la protección de la salud, existen las fuentes que van creando al Derecho como ciencia; estas fuentes son la legislación, la costumbre, la doctrina y vale la pena mencionar, el importante lugar que ocupa la jurisprudencia y que últimamente en cuestiones sobre salud ha tenido un rol principal. Podemos mencionar como ejemplo, el caso de la controversia constitucional entablada en 2007 por la Procuraduría General de la República y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos contra la Asamblea del D.F., por las reformas al Código Penal local en el tema del aborto; este caso demostró que también los órganos jurisdiccionales tienen algo que decir con respecto a la salud.

En cuanto a las acciones del derecho a la protección a la salud, la LGS señala que radican en la atención médica, en la salud pública y en la asistencia social. Los sujetos actuantes en este derecho no solamente son el personal de salud, sino también a las instituciones públicas, privadas y sociales y la comunidad; a esta última, la misma LGS le da un papel importante de participación, aun no tan democrático y participativo, como se espera en la sociedad del siglo XXI, porque la LGS data de los años ochentas, pero es de esperarse que a la par de una futura actualización del texto, se le dé un rol más participativo a la comunidad y grupos organizados de la sociedad civil.

En relación a las Instancias que juegan un papel fundamental en el derecho a la protección de la salud, además de las instituciones donde se brinda la atención a la salud, habría que agregar las instancias que brindan protección y cumplimiento a este Derecho. Este rubro lo podemos dividir en el ámbito judicial y el no judicial. En este punto específico es donde se analiza el ámbito de la responsabilidad del personal de salud y de las instituciones hacia el ciudadano.

Responsabilidad

Las obligaciones de los profesionales del personal de salud son de tres tipos: la obligación de *medios*, mediante la cual el profesionista debe poner al servicio del paciente y la comunidad su servicio, su especialización y su conocimiento técnico, actuando conforme a la *Lex Artis* (avances que la ciencia pone al alcance de sus practicantes o como un saber que engloba el conjunto de normas y principios que van actualizando a la Medicina cada día). Para lograr esto, es muy importante que el personal de salud brinde información completa, sobre todo tomando en cuenta a los ciudadanos de esta sociedad cada vez más participativa a la que hemos estado haciendo referencia.

En este tenor el consentimiento informado toma un rol fundamental en el respeto al derecho a la autonomía; por eso la información que se brinda debe ser oportuna, relevante, veraz, pertinente y clara. Es importante destacar este punto, porque ya no estamos en una sociedad paternalista en donde el paciente permanece pasivo, sino que es una sociedad donde el ciudadano quiere saber más sobre los procedimientos que se le van a efectuar, pregunta más, participa, pide información, cuestiona.

Otra obligación es la de *Seguridad*, que consiste en evitar lo más posible o minimizar los riesgos en los ámbitos terapéutico o de investigación. Aunque parece algo evidente, sigue siendo necesario evaluar constantemente cómo evitar los accidentes, implementando diversas medidas: por ejemplo, pese a que existe la NOM-168 sobre el expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998) aun no es cabalmente conocida ni cumplida; si no llevamos el registro adecuado de paciente en el expediente, no se podrá saber ni que alergias padece el paciente o si habrá alguna interacción medicamentosa, situaciones que podrían ser totalmente evitables. También se pueden evitar accidentes verificando que las instalaciones sean adecuadas, que exista higiene para evitar infecciones nosocomiales.

Por último, existen las *obligaciones de Resultados*. Como la Medicina no es una ciencia exacta ya que las reacciones a cada intervención o sustancia dependen de cada organismo, por eso el personal médico no puede garantizar resultados.

Actualmente, con el tipo de “medicina a la carta” que parece estar imperando en la sociedad, se da la dinámica en la que el paciente es mucho más

demandante y casi está “exigiendo” el tipo de procedimiento que quiere y los resultados que espera, y el médico con tal de conservar a un -ya no digamos paciente- porque parece tratarlo más como a un “cliente”, justo se ve presionado para prometer que va a hacer cierto procedimiento de manera exitosa o que el paciente va a quedar de la forma que pide. Pero este tipo de promesas no se pueden hacer en una profesión eminentemente humanista porque, aunque la Medicina sea una profesión que está basada en el método científico, al final siempre va a versar sobre personas no sobre maquinaria; así que solamente se pueden hacer promesas, en algún aspecto técnico como la calidad en los insumos, resultados de laboratorio, en medidas de implantes, prótesis, etc.; en donde se pueden ofrecer resultados muy puntuales.

Si no se cumplen estas tres obligaciones, se va a generar alguna inconformidad por parte del paciente y por consiguiente, algún tipo de responsabilidad para el personal médico. Dentro del estudio de la responsabilidad médica en México, estas tres obligaciones son incumplidas debido a las desviaciones, las cuales según el Código Civil son: negligencia, impericia y dolo. La negligencia se presenta por la realización de un acto contrario al deber de la profesión o contrario a lo que la *Lex Artis* exige. La impericia se presenta cuando aun sabiendo la técnica, no se llegan a cumplir las obligaciones por imprudencia o descuido. El dolo existe cuando intencionalmente se quiera faltar al deber o dañar a una persona y por eso, la sanción puede pasar del ámbito del Derecho Civil al Penal.

Hay otros factores que vician la relación del personal de salud con el paciente, y que causan, por lo mismo, insatisfacción del paciente o su familia con respecto a la atención, por ejemplo, la tardanza en el servicio, que es un rubro en el que se puede mejorar paulatinamente con medidas meramente administrativas. Hay ocasiones que cuando se presentan complicaciones quirúrgicas, no se pueden prever porque -como se señaló anteriormente- la Medicina no es exacta, pero en muchas otras ocasiones sí se pudieron haber evitado si se hubieran cumplido las obligaciones de medios o de seguridad. En la mayoría de los casos de una queja por parte del paciente, se observa que el fondo del conflicto es la mala comunicación, que es el factor más importante en la relación médico-paciente. En otros casos, se llega a la situación de que el paciente o sus familiares presentan una demanda debido a la

opinión dolosa de otro profesional de salud que critica al médico tratante e influye en la opinión del paciente y le hace creer que hubo un mal manejo de su caso. También puede generarse un conflicto debido a que los medios de información a veces desinforman, o porque la industria del litigio ha crecido a pasos acelerados, lo vemos palpable en Estados Unidos de América, donde el mismo sistema jurídico anglosajón permite bastante flexibilidad para presentar casos ante las Cortes y Tribunales y es muy probable que algún día se transfiera esta mentalidad litigiosa a la sociedad mexicana, y pensar entonces, que se tiene derecho a demandar por cualquier cuestión o inconformidad, sin medir las consecuencias de la acción para la vida profesional del profesional del equipo médico. Esto puede aseverarse porque se ha visto cada vez más frecuentemente, la proliferación de los seguros para defensa de los médicos y la medicina defensiva.

En el ámbito judicial, la responsabilidad médica se concentraría en el ámbito administrativo, penal, civil y laboral. En el rubro de salud, el Derecho Administrativo rige la relación que hay entre el Estado y el gobernado, por lo que el gobernado puede interponer un recurso de inconformidad en contra de alguna resolución de la Secretaría de Salud Federal o de las secretarías estatales, por ejemplo, quien tramitó su permiso de sanidad para establecer un laboratorio y por alguna razón, que considera injustificada, la autoridad lo cierra, puede presentar un recurso de inconformidad. Pero en relación al médico, el ciudadano puede acudir ante la autoridad porque podría existir algún tipo de responsabilidad de los servidores públicos tratándose de hospitales y unidades públicas.

En el caso del Derecho Penal, el Código establece las conductas que el Estado considera que van contra la convivencia entre ciudadanos, o entre gobernados y el Estado, por lo que las tipifica y sanciona. Cualquier ciudadano puede cometer alguna de las conductas tipificadas en los códigos, pero hay otras, en las que la responsabilidad aumenta o se agrava, si el sujeto que las comete es algún profesional de salud. Por ejemplo, el aborto, en el D.F. ya está despenalizado, pero sigue penalizado en los demás estados de la República: la madre es la que comete el delito, pero la conducta se agrava cuando el médico, la partera, la comadrona, la enfermera participan en un aborto (Código Penal Federal CPF, Art. 331). Lo

mismo sucede con el tipo penal de no respetar los secretos, se agrava cuando alguien del personal médico revela la información confidencial (CPF, Art. 211). En el delito de procreación e inseminación artificial, también se convierte en una conducta mucho más grave, si el médico insemina sin su consentimiento a una mujer, porque de hecho, se toma como violación y se sanciona de igual manera (Art. 466 L.G.S).

En el ámbito del Derecho Laboral existen una serie de disposiciones cuya finalidad es velar por la salud e higiene en el trabajo; pero en relación a la responsabilidad de los profesionistas de salud, es importante señalar que la Ley Federal del Trabajo contiene la tabla de enfermedades de trabajo [art. 513] y la tabla de valuación de incapacidades permanentes [art. 514], las cuales son tabuladores utilizados por los juzgadores para el cálculo de la reparación de un daño físico, ya que contiene la indemnización correspondiente a la enfermedad, pérdida de función, o afectación de partes del cuerpo.

El ámbito jurisdiccional o judicial es el más conocido, porque muchos hemos estado involucrados en algún caso o tenido algún conocido que demanda a alguien o porque hemos visto los juicios en las películas, pero existe otro ámbito, que es el de los mecanismos alternativos de justicia. Estos mecanismos son reconocidos a nivel constitucional en el artículo 17; fueron creados para desahogar el trabajo de los jueces y lograr una justicia más pronta y por lo mismo, que fueran mecanismos más expeditos y especializados por materia.

En lo referente a la protección de la salud, podemos ver que existe la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) (Ley Federal de Protección al Consumidor, 2004), que vela por los derechos del consumidor frente algún inadecuado servicio o precio desproporcionado, por esta razón es que regula cuestiones de tarifas y precios, por ejemplo, tarifas de hospitales, de laboratorios.

Otro mecanismo de defensa es el establecido por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (Portal de CONAPRED, 2010) el cual vigila que no se cometan conductas discriminatorias hacia el ciudadano; en el caso específico del paciente, protege que el paciente no sea discriminado en la atención a la salud por

alguno de los motivos que la misma Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación señala (Ley Federal para Prevenir la Discriminación, 2003). El CONAPRED estudia los casos de discriminación en los que pueda incurrir una entidad particular o una institución pública. También se puede acudir a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) o comisiones estatales (Portal de la CNDH), las cuales también velan para que se cumpla el derecho a la protección de la salud.

Pero de estos mecanismos, el que tiene una función exclusiva para la relación médico-paciente es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (Decreto por el que se Crea la CONAMED, 1996) y las comisiones estatales de arbitraje que tratan el tema específico de la negligencia médica. La CONAMED revisa si en el acto médico del que se queja el paciente, se cometió o no alguna negligencia, impericia o dolo. En este proceso existe una etapa de conciliación, en donde se trata que las partes lleguen a un acuerdo y si las dos partes no llegan a un acuerdo existe también el proceso de arbitraje, que es una especie de juicio, pero mucho más corto, y con la ventaja de que participan médicos, peritos médicos y abogados para evaluar el caso. Aquí se ve muy claramente la razón por la cual estos mecanismos alternativos fueron creados: por ejemplo, en el ámbito civil, un juez en su trabajo diario tenía que ver un asunto de pensiones alimenticias, luego un asunto de divorcio y de pronto le llegaba un caso de negligencia médica, pero es imposible que el juez sepa de todos los temas, y sobre todo de terminología médica; por lo que en este tipo de mecanismo el asunto es estudiado por expertos en el tema.

Bioética

En México también existen documentos de carácter deontológico que no son precisamente obligatorios, porque carecen de fuerza vinculante o de sanción por incumplimiento, pero sí son una guía. Los documentos internacionales de carácter deontológico tampoco tienen fuerza vinculante, pero han ido permeando en las legislaciones internas: la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Portal de la AMM) es un ejemplo de esta afirmación, ya que ciertos de sus lineamientos fueron adoptados en el Reglamento de la LGS en materia de investigación para la salud (Reglamento de la LGS, 1987), en rubros como el consentimiento informado y la

participación voluntaria del sujeto. Entonces se puede afirmar que un documento deontológico aunque no sea de carácter jurídico obligatorio, sí tiene trascendencia, sobre el mismo ejemplo, vemos que a nivel internacional surgieron las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos, (OMS, Pautas Éticas Internacionales 2002), en donde un organismo público internacional como la OMS retomó para desglosar o dotar de mayor contenido a varios de los principios de Helsinki.

A nivel nacional, existen otros instrumentos deontológicos, como la Carta de los Derechos de los Pacientes, la Carta de los Derechos de los Médicos, ambas de la CONAMED; el Código de Conducta para el Personal de Salud y el Código de Bioética, de la Secretaría de Salud, los cuales brindan ciertos derroteros para tomar decisiones que se presentan en la atención a la salud o investigación (Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y de los Médicos, 2002).

En este punto específico es donde se puede hacer la conexión con la Bioética. Reconocemos que la Medicina es un saber humanístico, porque no todo puede ser tan técnico o exacto, ya que las cuestiones de salud no pueden ser calibradas milimétricamente como si fuéramos robots, al final, la práctica médica encaja en la definición del Dr. Ignacio Chávez, como “una confianza frente a una conciencia”.

El paciente llega con su cosmovisión de la vida, sus prejuicios culturales y temores, que van desde la preocupación por su salud, como por cuestiones socioeconómicas y problemas personales o familiares, y todo este contenido lo deposita frente a la conciencia del personal médico, de ahí la importancia de preservar la confidencialidad y privacidad. En este punto, cabe destacar la intervención de otros actores del personal de salud, como los trabajadores sociales, las enfermeras y psicólogos que son los que tienen este acercamiento mayor con el paciente y sus familiares. Al fondo de estas interacciones, se aprecia que no todo está regulado por el Derecho, ni podría estarlo: hay cuestiones o situaciones que se quedan fuera porque abarcan más dimensiones de la persona o porque son nuevas debido al avance de la técnica o son viejos problemas que se plantean de diferentes maneras. Un dilema, de acuerdo a la definición de Fernando Lolas, “es un problema que frente a una solución plantea otro

problema” (Lolas S., 2001, p.8); es en este punto específico donde se aprecia claramente la acción de la Bioética. El Derecho tiene una función normativa de los asuntos presentes, aunque cada vez se hace más necesario que debe tener un campo de previsión de conductas hacia el futuro para mejorar la calidad de vida de las personas; pero como no puede abarcar todos los supuestos porque se queda corto ante otros problemas y el desarrollo acelerado de la ciencia, se encuentra a la Bioética como un espacio para la reflexión multidisciplinaria.

Francesc Abel define a la Bioética como “Estudio interdisciplinario de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto al nivel microsociaI como al nivel de la sociedad global, y sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores, hoy y mañana.” (2001, p. 6). Al tenor de esta definición, la Bioética permite la reflexión de los problemas que plantea la ciencia y tecnología sobre la vida humana, no sólo al nivel microsociaI, como casi siempre entendemos la relación médico-paciente, sino también al nivel de las repercusiones globales, por eso se torna tan importante la toma de decisiones sobre políticas públicas y legislación. Adquiere esta dimensión tan importante, porque impacta dentro de la sociedad actual como en la sociedad del futuro.

Conclusión

El Derecho, la Deontología con todos sus instrumentos, la *Lex Artis*, la técnica, son muy valiosos pero no son suficientes para afrontar todos estos dilemas que plantean la tecnología y la ciencia. La Bioética se constituye en una herramienta de diálogo, en un ámbito de reflexión o una instancia de diálogo donde confluyen varias disciplinas, varios saberes y varias perspectivas, para poder aportar una solución hacia el futuro. A veces, la Bioética nos genera dudas más puntuales, tal como la Filosofía no nos resuelve todas las dudas, lo mismo sucede con los principios bioéticos que no dan todas las respuestas, pero gracias a estas reflexiones es como se logra avanzar, por ejemplo, antes se reflexionaba en abstracto sobre el principio de autonomía, ahora en el ámbito médico por lo menos algo tan complejo, se ha podido aterrizar en la importancia del consentimiento informado; no se resolvió el tema, pero sí se pudo establecer un derrotero concreto para hacer valer un derecho fundamental. Lo importante sería poder unir a la Bioética con la real vigencia y vivencia de los derechos humanos para que se respete la dignidad, tanto en beneficio del individuo, como en beneficio de toda la humanidad.



Referencias Bibliográficas

-Abel, Francesc, "*Bioética: orígenes, presente y futuro*". Madrid, Fundación MAPFRE-Medicina e Instituto Borja de Bioética, 2001, p. 6.

-Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y Carta de los Derechos Generales de los Médicos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

-Cfr. García Ramírez, Sergio. "*Consideraciones sobre el derecho penal y la práctica médica*"; en La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica, Simposio recopilado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México, CONAMED, Junio de 1997, p. 23.

-Código de Bioética para el Personal de Salud de la Secretaría de Salud (2002).

-Código de Conducta para el Personal de Salud de la Secretaría de Salud (2002).

-Código Penal Federal (CPF), publicado en el D.O.F. el 14 de agosto de 1931. Artículo 331: Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión. - Artículo 211 CPF: La sanción será de uno a cinco años, multa de cincuenta a quinientos pesos y suspensión de profesión en su caso, de dos meses a un año, cuando la revelación punible sea hecha por persona que presta servicios profesionales o técnicos o por funcionario o empleado público o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial.

-Código Penal para el Distrito Federal: Artículo 150: A quien sin consentimiento, realice inseminación artificial en una mujer mayor de dieciocho años, se le impondrán de cuatro a siete años de prisión. Artículo 151 TER: Reglas generales para los anteriores delitos del Capítulo I. [...] Cuando el delito se realice valiéndose de medios o circunstancias que le proporcione su empleo, cargo o comisión públicos, profesión, ministerio religioso o cualquier otra que implique subordinación por parte de la víctima, la pena se aumentará en una mitad de la señalada para el delito básico. [...]

-Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) "¿Qué es la Lex Artis Ad Hoc?" en el Portal electrónico, sección "Profesionales de la Salud": http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf. México; sitio consultado en agosto 2010. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.), el 5 de febrero de 1917.

-Declaración de Helsinki sobre los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, adoptada por la 18ª Asamblea de la Asociación Médica

Mundial (AMM) en Helsinki, Finlandia, junio 1964.

-Decreto por el que se Crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el D.O.F. el 3 de julio de 1996.

-Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el D.O.F. el 31 de marzo de 2007

-Ley del Seguro Social, publicada en el D.O.F. el 21 de diciembre de 1995.

-Ley Federal de Protección al Consumidor, publicada en el D.O.F. el 24 de diciembre de 1992.

Ley Federal del Trabajo, publicada en el D.O.F. el 1 de abril de 1970.

-Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el D.O.F. el 11 de junio de 2003.

Ley General de Salud, publicada en el D.O.F. el 7 de febrero de 1984. Artículo 466: Al que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años.

-Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, publicada en el D.O.F. el 16 de julio de 1992.

-Ley y Reglamento de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

-Lolas S., "*Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*". 2ª ed., Santiago de Chile, Ed. Mediterráneo, 2001, p. 8.

-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido: Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el D.O.F. el 6 de enero de 1995.

-Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, publicada en el D.O.F. el 16 de noviembre de 1995.

-Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Para Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el D.O.F. el 17 de febrero de 2003.

-Norma Oficial Mexicana NOM-152-SSA1-1996, Que establece las especificaciones sanitarias de los Catéteres rígidos para Diálisis Peritoneal Infantil y

Adulto, publicada en el D.O.F. el 3 de octubre de 2000. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, publicada en el D.O.F. el 30 de septiembre de 1999.

-Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

-Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos, aprobadas en Ginebra en el año 2002, por la Organización Mundial de la Salud.

-Portal de CONAPRED: <http://www.conapred.org.mx>. México; sitio consultado en agosto 2010.

-Portal de la AMM (World Medical Association): <http://www.wma.net/es/10home/index.html>. Versión en español.

-Portal de la CNDH: <http://www.cndh.org.mx>. México; sitio consultado en agosto 2010.

-Portal de PROFECO: <http://www.profeco.gob.mx>. México; sitio consultado en agosto 2010.

-Portal del H. Congreso de la Unión: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio>. México.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el D.O.F. el 20 de febrero de 1985.

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el D.O.F. el 6 de enero de 1987.

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el D.O.F. el 6 de enero de 1987.

-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el D.O.F. el 14 de mayo de 1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad, publicado en el D.O.F. el 4 de mayo de 2000.

-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional, publicado en el D.O.F. el 18 de febrero de 1985.

-Reglamento de la Procuraduría Federal del Consumidor, publicada en el D.O.F. el 16 de julio de 2004.





El deporte es considerado como una de las más nobles disciplinas del ser humano, a lo largo de su historia se ha visto “contaminado” por acciones que cuestionan su esencia primordial: el desarrollo armónico mente-cuerpo y espíritu. El propósito de las siguientes líneas es el de aportar algunos datos que enriquezcan el enfoque personal y permitan revertir, la referida contaminación y su negativo efecto.

Antecedentes Históricos

Nos remitimos a la antigua Grecia, cuna de los juegos olímpicos y de la cultura occidental. En aquel entonces los triunfadores en los juegos pan-helénicos recibían prerrogativas que duraban todo un ciclo de cuatro años, eran reconocidos como héroes y predominaba el espíritu de lealtad, honestidad y deportivismo, es decir la competencia limpia en el que el triunfo era para el atleta más destacado quien se llenaba de honor. Durante el período de competencias olímpicas se detenían las confrontaciones bélicas. El sentido noble de estas prácticas no duró para siempre, el primer golpe negativo ocurrió probablemente con los romanos quienes durante su dominio introdujeron los sangrientos juegos de circo y pérdida de valores, tal vez ello, más que el paganismo, propició que el emperador Teodocio I aboliera en el año 392 d.c. Estos juegos (Enciclopedia Mundial del Deporte, 1982, Somogyi A. Miguel 2010)

En su restablecimiento, quince siglos después, por iniciativa del Barón Pierre de Coubertin mundialmente famoso por ser el fundador de los juegos olímpicos modernos (1894), estableció las primeras reglas de conducta ética deportiva olímpica, vigentes hasta nuestros días, sin embargo aparecieron signos negativos como: el interés comercial, racismo y la discriminación a la mujer, pero no obstante el movimiento olímpico



encontró nuevamente su camino, a pesar de las guerras mundiales que lo han afectado.

Años después, uno de los golpes más contundentes que ha recibido el olimpismo moderno fue la inclusión de deportistas profesionales, a raíz de que varios países lo hacían de manera furtiva, pero en vez de ser rígidos al respeto del espíritu del amateurismo, el comité olímpico decidió incluir en las competencias la participación de profesionales y con ello, todos los intereses y vicios adjuntos contaminando más aún estos juegos.

En Mesoamérica la mayoría de los deportes tenían un carácter ceremonial religioso y por ende el respeto escrupuloso de sus normas y preceptos era rígido y muy raramente infringido. Los ganadores eran premiados hasta con la “inmortalidad” al ser sacrificados en honor a los dioses y transformarse así en seres divinos, en otros casos, como en el *tlachtli* o juego de pelota los ganadores podían despojar de adornos y vestimenta a todos los asistentes.

El imperio inca, que floreció en Sudamérica, nos

*Con estudios de Maestría en Salud Pública y Psicología del Deporte, por la UAEMèx, Diplomado en Medicina Física y Rehabilitación Deportiva por la Comisión Nacional del Deporte, Diplomado en Enseñanza e Investigación en Salud por la Dirección General de Enseñanza Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud.

legó restos arqueológicos de grandes salones de juego en los que se practicaba la lucha y otras disciplinas militares, con un reglamento estrictamente respetado.

La conquista de América en gran parte propició dar fin a los deportes practicados hasta entonces, introduciendo otros deportes como: la equitación, la esgrima y lamentablemente, las apuestas y otros vicios europeos, sin embargo, se logró evolucionar con el contacto de una diferente práctica de la educación física y de nuevos deportes. (Enciclopedia Mundial del Deporte 1982).

Los antecedentes, indican que en la antigüedad se conducían por derroteros éticos y morales, que en la evolución histórica se han ido perdiendo.

El problema

Los intereses económicos, han sido, no sólo en el deporte profesional, un importante condicionante de la conducta individual y grupal. La presión que ejercen las firmas comerciales ha propiciado que los deportistas hagan todo lo que esté a su alcance para lograr resultados que les permitan lograr un estatus social sobresaliente y grandes beneficios económicos, en el mismo sentido operan las becas y otros estímulos institucionales en el deporte “amateur”, por lo que el logro, resulta más importante que el espíritu deportivo, perdiéndose así los valores más altos. Los atletas están dispuestos a sacrificar su salud e incluso poner en riesgo su vida por un “oro olímpico”, y consecuentemente sus beneficios se malinterpretan; siendo entonces insuficientes los sistemas de entrenamiento; la buena alimentación, la disciplina, la dedicación, y la observancia de valores éticos deportivos, ya que para lograr su objetivo de ganar deciden echar mano de sustancias prohibidas, de “trucos” médicos; como lo fueron las auto transfusiones hace años. Dando origen a la carrera entre los avances científicos en farmacología, biotecnología y los sistemas reguladores, como los controles *antidoping*, reglamentos en la utilización de implementos deportivos como trajes especiales para natación, raquetas más ligeras, calzado personalizado, telas “inteligentes”, entre otros, muchos de ellos sobrepasan las normas por su avanzada elaboración, la lucha ha sido permanente y a menudo con grandes desventajas para países poco desarrollados, como México ya que el

control es para aquellos que poseen la tecnología y son quienes además, poseen los laboratorios y normatividad internacional.

Tradicionalmente el deporte se ha visto como una actividad que estimula la capacidad humana para integrar a una comunidad donde existen reglas y directrices que al expresarse libremente no trasgrede el orden social, entonces estamos hablando de una ética de comportamiento respetando las reglas del juego y respetando las reglas de la vida misma. (Cohen, D. 2007).

Pero lo importante parece no ser el competir, sino el ganar a cualquier precio, aún rompiendo reglas, lo único, según Vince Lombardi, icono del fútbol americano profesional en los E.U.A.; (Somogyi A. 2010) el ganar significa prestigio, ventas, fama, fortuna, y patriótica satisfacción.

Han existido casos en que los políticos y directivos prometen a los atletas compensaciones por el resultado en eventos mundiales, y al lograrlo reciben excusas o premios de mucho menor valor, o en ocasiones cargos públicos, en los que el desempeño del atleta es lamentable, por su inexperiencia y limitado conocimiento administrativo. Considero un tanto hipócrita el control “anti dopaje” que por principio cuida la salud del atleta a la par de controlar las participaciones fraudulentas y tramposas de los mismos. Los más castigados son los deportistas. Los países más avanzados tecnológicamente, cuentan con sustancias, implementos alimenticios, o procedimientos que en muchas ocasiones son prohibidos.

En el terreno político, los aspectos deportivos pasan a segundo término y su valor lo ubican en lo material, en lo hegemónico, y muestra de poder beligerante, racista y xenofóbico, muestra de esto son los “boicots” que han realizado varios países a los juegos olímpicos fundados en los intereses ya expresados como: Berlín, Moscú y estados como los Ángeles por mencionar los más conocidos.

Dentro de los factores internos del deporte está la violencia, más allá de la naturaleza de la propia disciplina como el rugby, el fútbol americano, boxeo y los deportes de corte marcial, algunos jugadores agreden a sus adversarios, a los jueces y al público, verbal o físicamente. Las lesiones intencionales no son raras, se han dado casos en el que se elimina al contrincante más destacado,

como una táctica justificada en alcance de los resultados codiciados.

La violencia en el deporte reviste formas variadas, los ritmos de trabajo alienante y la ausencia de justicia en las oportunidades, son otras formas, rompiendo así su función educativa irremplazable. También fuera de las canchas existen grupos de fanáticos cuya conducta raya en la brutalidad, el ambiente de pasión es un pretexto para que gentes insanas saquen a relucir sus frustraciones agrediendo aún a sus propios integrantes y sobre todo a los adversarios, sin importar edad o sexo y causando grandes destrozos, prueba de ello son los *holligans* ingleses y de otros países.

Hace varias décadas Albert Camus (filósofo humanista) mencionaba que en el ambiente deportivo fue el único lugar en donde había aprendido ética. En nuestros días signados por los imperios del dinero y del *doping*, el deporte es el gobierno de la “meritocracia”, en el que se favorecen los resultados, y se juzga a los individuos no por su limpieza, mérito o humanismo, lo que aleja a Camus de la realidad.

En el libro “los juegos y los hombres”, el sociólogo francés R. Caillois resumió los rasgos esenciales del deporte que consiste en ejercerlos en un espacio de tiempo circunscrito y distinto a los de la vida corriente, reglado por límites “estrictos”, en donde sus resultados son inciertos y su desarrollo imprevisible, lo que explica su función de válvula de escape o una forma de evasión de la realidad. (Cohen A. 2007).

Otro punto muy importante en el ambiente del deporte es el rol que tienen los medios de comunicación ya que la audiencia se guía frecuentemente por los comentarios, criterios y opiniones de los comentaristas, “expertos” del área, lo que requiere de una gran responsabilidad ya que pueden distorsionar los hechos y manipular a la opinión pública.

Partiendo de que el deporte es recreativo, divertido y un sano pasatiempo, se podría entonces considerar a algunos deportes poco éticos, porque ponen en riesgo la vida o la integridad de los participantes, como es el caso del boxeo, que consiste en poner a dos seres humanos a golpearse sin piedad hasta dejar al adversario fuera de combate (noqueado) y todo esto dentro de los esquemas reglamentarios. No son pocas las muertes producto de estas

acciones. (Jauvencel, 2002)

Los avances técnico-científicos también se han dado en el campo del deporte y en especial en el área de la genética. (Nossal 1988) En un simposio denominado “biotecnología, el futuro hoy” celebrado en la ciudad de Madrid, en la década de los años 90’s, se hicieron muy interesantes reflexiones en la posibilidad de la manipulación genética para generar súper atletas, el profesor español Antonio Grisolia, manifestó que únicamente se trabajará con células somáticas en la manipulación genética, sin embargo, potencialmente, es factible crear súper hombres, por tanto los límites científicos deben de ser eminentemente éticos en este campo del “genoma humano”. (Lawther, 2000).

Principios éticos

Para Jaime Fillol, la ética en el deporte se traduce en: a) esfuerzo, ya que el deportista “se hace” mediante la dedicación y disciplina; b) transparencia, porque el deportista debe de manejar una buena imagen, ser coherente entre lo que declara, expresa y demuestra; c) inteligencia, porque desarrolla su lógica en *fair play* o juego limpio en el establecimiento de sus estrategias; d) compromiso, para honrar las reglas del juego y cumplir los compromisos pactados; e) autenticidad, porque debe asumir una actitud de confianza, afianzada en la claridad de sus objetivos, sin dobles discursos. Lo que se resume en ser un deportista con un comportamiento moralmente adecuado.

La ética tiene que ver con lo que deberíamos hacer, lo que moralmente es adecuado, influido por nuestros valores. La ética deportiva debe ser complementada por la axiología, para que oriente sobre todo al joven deportista de un sentido, valorativo, mediante un proceso educativo, tanto en el nivel universitario, como en el ámbito profesional, desarrollando los valores de solidaridad, compromiso, concordia y fraternidad. Es importante la inclusión de la ética a las estrategias tradicionales de preparación técnica, táctica, física y psicológica. (Rudik, 1994)

El código de ética deportiva menciona que el dopaje está prohibido y que se debe luchar contra él, porque lesiona la imagen, la integridad y la finalidad esencial del deporte, además de ser muy peligroso para la salud del deportista, ya que consiste en administrar una sustancia o droga que

incrementa la capacidad natural de la persona en forma artificial y transitoria, teniendo efectos nocivos a quien las consumen, llegando en ocasiones a ser mortales. Estos dan la sensación de mayor energía poniendo en desventaja a los que no se han dopado. (ISQ.Código de Ética Deportiva. 1992)

El deporte posee normas que regulan su actividad y el deportista por tanto adquiere compromisos vinculados, como son: el cumplimiento de las reglas y cuidar su imagen, ya que es ejemplo para la sociedad. En este sentido su “contrincante” en el deporte es su “complemento” y nunca será considerado su enemigo. (Dosil D. 2002-Garzarelli G. 2000-Gestión Deportiva. 2010)

Muchos gobiernos han realizado grandes esfuerzos para salvaguardar y promover los ideales del deporte plasmados en códigos de ética deportiva, con la obligación de difundirlos entre sus organizaciones deportivas, en particular aquellos que trabajan con jóvenes, que estimulen a las autoridades escolares y extraescolares para que sean parte de los programas de educación física y de formación deportiva, tal es el caso de los estados miembros regidos por la carta europea del deporte. (Código de Ética Deportiva. 1992)

Las instituciones comerciales y las educativas son responsables de orientar hacia una actitud deportiva del “juego limpio”, apoyándose en los medios de comunicación como el desempeño fundado en principios éticos.

No olvidemos que el deporte tiene un efecto benéfico en el proceso de socialización de los seres humanos.

El Comité Internacional para el Juego Limpio (CIFP), por sus siglas en inglés, está preocupado porque la evolución mundial del deporte está debilitando el “juego limpio”, por lo que, deben sus integrantes redoblar esfuerzos para crear las condiciones de que éste prospere ya que también está en juego la dignidad humana, la cual tiene que ser siempre la principal preocupación del deporte.

El deporte debe ser una actividad sociocultural, que potencie la amistad entre los individuos y las naciones. Contribuye a mejorar la expresión corporal, proporciona además salud y bienestar, tanto físico como mental mejorando la calidad de vida de las personas.

El deporte debe recuperar sus elementos tradicionales: el respeto a las reglas de juego y la lealtad. En suma, que la deportividad sea un elemento a rescatar, porque tiene que ver con el comportamiento ético del deportista el respeto por las reglas y la elegancia de espíritu con el contrario, sobre el afán de la victoria. (Sin autor, <http://es.thefreedictionary.com/deportividad>)

Frente a un modelo “ideal” podemos concluir que la ética está referida a todos los aspectos inherentes a la práctica deportiva, incluye los procesos de enseñanza, entrenamiento, conservación de la salud y rendimiento máximo del atleta, sin olvidar su carácter personal.

El entrenador, debe construir sobre el talento del deportista sus límites, sus capacidades, estimulándolo permanentemente, a buscar su idoneidad y al a vez buscar aliviar las presiones de los dirigentes políticos y medios de comunicación, según sea el caso, con buen juicio y acertividad.

En el deporte la idoneidad implica interrelacionar las cualidades intelectivas y emocionales con la práctica de una actividad específica, entonces implica “saber hacer”, con base a la experiencia, a la actualización, y la justicia, en concreto, vivir dentro de un ambiente de cultura del deporte en el que todos los involucrados estén obligados a actuar ética y moralmente. (Cohen A. 2007)

Bajo este esquema se incluye a las poderosas firmas comerciales que son pieza clave para el patrocinio de eventos, a los gobiernos para que generen políticas de apoyo al deporte, tanto en recursos económicos como en infraestructura y protección y por último el sector educativo como generador de conocimiento y cultura de auto cuidado en el ámbito de las ciencias del deporte, en un marco de la ética y bioética. ☞

Referencias Bibliográficas

- Código de ética deportiva. (1992) recomendación No R (92) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Código de ética deportiva, Estatuto del Consejo de Europa.
- Cohen Agrest D. (2007) *“La ética del deporte un valor a recuperar”*. Editorial Terra Magazine Argentina
- Dosil D. Joaquín (2002) *“Psicología y rendimiento deportivo”*. Editorial Gersam, España
- Enciclopedia mundial del deporte (1982) Uteha, México durain.com
- I. S. Q. Código de ética deportiva, (2010)
- Lawther John (2000) *“Revista Psicología del deporte”*. Editorial Paidós, Barcelona, España.
- Ley general de cultura física y deporte México, febrero de 2003
- Nossal G.J.V. (1988) *“Los límites de la manipulación genética”*. Editorial Gedisa, Colección límites de la ciencia, Madrid, España.
- Rudik (1994) *“Psicología de la educación física y deporte”*. Editorial Stadium, Argentina
- Somogyi A. Miguel (2010) *“De la ética axiológica a la ética deportiva”*. Editorial Adau, Argentina.
- Jauvencel M.R. (2002), *“Aspectos éticos, clínicos y jurídicos en el boxeo”*, www.pentajemedicoforense.com/boxeo.htm, consultado en sep de 2011. Sin autor, <http://es.thefreedictionary.com/deportividad>.

Perspectivas Médicas y



Reporte de Casos





La bioética y el cuidado paliativo en el paciente pediátrico terminal



Celina Castañeda de la Lanza*, Ana María Millán Velázquez**

El final de la vida nos pone ante situaciones difíciles, sobre todo a los profesionales de la salud cuando se trata de pacientes pediátricos, porque constituye dilemas de la medicina contemporánea aún sin resolver, generando debates sobre criterios como la autonomía, la limitación del tratamiento y la obstinación terapéutica en los niños.

Para el adecuado manejo del menor en etapa terminal se espera del profesional una actividad técnicamente perfecta y humanamente sostenida. De ahí, la importancia de que el médico esté capacitado para considerar y analizar, no sólo los elementos técnicos-médicos, sino también poner atención y cuidado en cuestiones de valor implicadas en estos casos, como son: conservar la calidad de vida, disminuir el sufrimiento y brindar los cuidados de confort y bienestar. Estos son escenarios para los cuales debemos estar preparados e informados.

Cuando se trata de pacientes pediátricos los padres llevan todo el peso moral de las decisiones; los sentimientos de culpa están presentes y la pregunta casi siempre es ¿Estoy haciendo lo mejor para mi hijo? ¿Me queda algo por hacer? ¿Qué debo hacer para que tenga la mejor o la más adecuada atención? Preguntas difíciles con un alto sufrimiento existencial y pocas respuestas ante enfermedades que tienen al paciente al final de la vida. Con mayor frecuencia surge la interrogante de ¿El niño está capacitado para comprender las consecuencias de las decisiones que tomen los padres sobre su bienestar? y si ¿El niño podría consentir o incluso negarse a los tratamientos médicos?

Considerando estos aspectos podemos apoyarnos en la Bioética, que es una herramienta ética,



moral y legal que pretende encontrar razonada y fundamentada una respuesta al dilema concreto y así plantear la mejor solución hacia el bien del paciente. Es a través de los Comités de Bioética Hospitalarios donde la Bioética se fusiona con el ejercicio de la atención médica, por ser un espacio de análisis, de reflexión y de estudio para auxiliar a los profesionales de la salud y a los pacientes o familiares. (Pérez,S. 2010) Éstos analizan de manera sistemática los conflictos de valores que pudieran surgir durante el proceso de la atención clínica. El análisis de caso de menores representa un punto álgido en la discusión para la toma de decisiones, porque surgen dilemas éticos sobre quienes deberían tomar las decisiones y que principios éticos podrían utilizarse integrando los intereses del niño, los derechos de los padres y la responsabilidad del pediatra.

* Especialista en Anestesiología y Medicina Paliativa, Coordinadora Estatal del Programa de Medicina Paliativa del Instituto de Salud del Estado de México.

** Estudios de Doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac, Coordinadora Estatal del Programa de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México.

Las regulaciones legales y normativas ante la retirada de determinadas medidas de soporte vital generan problemas, así como el decidir limitar el esfuerzo terapéutico, son decisiones frecuentes ante casos de pacientes pediátricos en situación crítica o en estado terminal, ya que existen escasos estudios y pocos elementos para tomar decisiones en este sentido. El avance tecnológico y científico que últimamente ha tenido la medicina ha tomado a la Bioética como disciplina encargada de vigilar el comportamiento del personal sanitario ante la aplicación de estas nuevas tendencias.

En muchos países existe una clara tendencia a tomar más en consideración la capacidad del menor para decidir. (Román Lafont, 2008, p 14) La Declaración Internacional de los Derechos del Niño promulga el derecho que tienen a su autodeterminación, dignidad y respeto, así como a tomar decisiones fundamentadas, situación apoyada por la Carta Europea sobre los niños hospitalizados, la cual señala que niños y padres tienen derecho a participar con conocimiento de causa en todas las decisiones relativas a la atención de su salud, y enfatiza que todo niño debe ser protegido de tratamientos y estudios innecesarios (Sánchez Santes L, 2001). Existen condiciones que se deben prever, siendo importante valorar si los menores tienen la capacidad de tomar decisiones o no, son escenarios para los cuales debemos estar preparados e informados y procurar que la decisión sea la mejor, teniendo como objetivo conservar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento. Es imprescindible considerar la opinión del paciente en la toma de decisiones –aún que sea menor- ya que puede verse vulnerado frecuentemente, debido a que legalmente este no pueden decidir sobre su tratamiento e incluso renunciar al mismo o bien optar por las medidas de confort y de sostén que ofrecen los cuidados paliativos. Esto constituye el consentimiento informado en pediatría -asentimiento del menor más el permiso informado de los padres- el grado de desarrollo cognitivo y psicosocial del niño debe tenerse en consideración con respecto a las decisiones y acciones que se lleven a cabo sobre él. (Larrea Fabra L M E, 2008)

Cuando al niño se le diagnostica una enfermedad irreparable y con pronóstico de muerte próxima, debe cumplir con los criterios que definen a un paciente terminal, tanto en adultos como en niños estos son claros y los estadios de la enfermedad son evidentes: a) presencia

de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; b) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; c) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. (Gracia D. 1998)

Las entidades patológicas que con mayor frecuencia conducen al estadio terminal en adultos son las enfermedades crónicas degenerativas; cardiovasculares (hipertensión arterial sistémica, accidentes cerebro vasculares); metabólicas (diabetes mellitus); hepáticas (cirrosis, insuficiencia hepática); pulmonares (EPOC); neurológicas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, Parkinson); reumatológicas (esclerodermia, lupus, artritis reumatoide, dermatomiositis); autoinmunes e infecciosas (HIV-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida); y oncológicas (tumores líquidos y sólidos). Siendo estas últimas las más frecuentes en pediatría.

En adultos el pronóstico de supervivencia no siempre es fácil de precisar. El estado general y la entidad de las insuficiencias orgánicas presentes ayudan a delimitarlo. Sin embargo, existen características que lo identifican como en el cáncer que tiene una progresión firme y una clara fase terminal; en enfermedades crónicas degenerativas va de la insuficiencia de algún órgano, deterioro gradual, teniendo etapas de recuperación y en un momento se presenta la muerte súbita; y en la edad avanzada, el paciente está frágil y puede existir demencia senil gradualmente, hasta su muerte.

El cuidado en el paciente pediátrico terminal es una prioridad para la Organización Mundial de la Salud, la medicina paliativa propone integrar y facilitar el control de los síntomas, además de apoyar a los padres y familiares cuando se considera que el paciente ha entrado al terreno avanzado de la enfermedad y está en etapa terminal. Es en este momento que se cambia el objetivo curativo por el paliativo y se enfocan las actividades en el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales del paciente y familia. (Hummelstein B.P., 2004)

En la atención a pacientes oncológicos pediátricos, debemos tener presente que los niños no tienen por qué sufrir dolor de manera innecesaria y debemos aminorar su angustia por medio de juegos o dinámicas de acuerdo

a su edad. El pediatra y el equipo de salud que atiende este tipo de pacientes y vislumbra cada vez con más nitidez que las medidas de apoyo vital no van a ser capaces de revertir el proceso patológico y que va a fallecer en un período más o menos corto, deben tomar decisiones no siempre fáciles y que tienen que ver con limitar el esfuerzo terapéutico, suspender medidas de sostén que hasta ese momento parecían ser útiles y que ya han dejado de serlo, abstenerse de implementar intervenciones médicas que van a prolongar una agonía; entonces deberá pensar en la medicina paliativa, que consiste en no acelerar ni posponer el proceso de morir, reafirma la calidad de vida, rehabilitar en lo posible física y psicológicamente durante la enfermedad, controlar los síntomas físicos y finalmente proporcionar soporte psicológico, social y espiritual para paciente y la familia.

Desde el punto de vista clínico, los cuidados paliativos proporcionan elementos y desarrollan habilidades psicosociales, como la capacidad en el cuidado de los aspectos técnicos de enfermería, es decir, la limpieza de la boca, de los ojos, de la piel, la ingesta y eliminación, la movilización y la administración de los fármacos; a esto se agrega el involucramiento y participación activa en el cuidado de los sentimientos de esperanza, solidaridad y amor, que permiten que esta enfermedad se convierta en un proceso de enseñanza y aprendizaje, donde se observa que las familias a pesar de la pérdida salen fortalecidas en sus valores. (Ley general de Salud, 2009)

La mayoría de estos pacientes terminales no fallece de forma súbita, sino que normalmente entran en un período de deterioro gradual muy importante, con disminución progresiva del nivel de conciencia, cambios bruscos o crisis con fallos orgánicos multisistémicos; esta cronicidad permite a la familia y paciente ir asimilando el proceso y preparándose para la despedida. El tiempo que transcurre desde el diagnóstico a la muerte es muy variable -recordemos que la enfermedad terminal supone un pronóstico de vida inferior a los seis meses- y producen un gran impacto emocional, tanto en el paciente como en la familia, el equipo sanitario debe acompañar, asesorar, reconfortar y preparar para la pérdida en esta última etapa de atención. Se debe preparar al paciente y a la familia para enfrentar la muerte con tranquilidad, favoreciendo la despedida y el acompañamiento para tratar de disminuir el

sufrimiento, apoyándose en la medicina paliativa, que consiste además de controlar el dolor físico y otros síntomas, en buscar la rehabilitación física y psicológica, ayudarle a la resolución de conflictos existenciales o espirituales y brindar la asesoría psicológica. (Murray SA, 2005)

El equipo de salud conocedor de los estadios del declinar físico, deberá asesorar desde el momento en que da la noticia y deberá organizar reuniones de consejería familiar para anticipar la evolución e informar y educar sobre el momento de cada etapa, además de preparar la despedida, facilitando la comunicación y antes de que el paciente presente los síntomas neurológicos como: confusión mental, delirio, alucinaciones o agitación psicomotriz. Para que pueda establecerse esa comunicación y despedida se debe preparar al paciente y a la familia para una muerte tranquila y digna, en su entorno familiar, en el sitio que el paciente ha elegido, seguramente su hogar. Lo anterior con el fin de elaborar el duelo anticipatorio.

La empatía y la compasión, son valores humanos que deben formar parte de la personalidad de los médicos, las enfermeras y todo aquel trabajador de la unidad de salud que tenga contacto con pacientes terminales; recordar que el paciente y familia están vulnerables y experimentan emociones de extrema angustia, desesperación y muchas veces indignación y enojo por lo que la vida les está quitando, dando como resultado una serie de conflictos psicológicos que pueden desmoralizarle y hacerle perder su propia autoestima, además de los estragos de la propia enfermedad.

Lo que se pretende desde los cuidados paliativos es dar la atención adecuada al enfermo, que le lleve a tener una mejor calidad de vida y que le permita llegar tranquilo al desenlace final de su proceso. Respondiendo de forma profesional a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, dando prioridad a los objetivos del enfermo. A la familia ofrecerle los medios y ayuda necesaria para que viva lo mejor posible su duelo. Este puede darse en un ámbito hospitalario o en su domicilio. Los cuidados otorgados a un paciente en estado terminal son una asistencia éticamente obligada.

Vale la pena considerar que la estancia de los pacientes en estado terminal tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos, está sujeta a

la valoración de su calidad de vida, esta es la referencia que determina si a un paciente se le deben aplicar medidas de soporte vital con medidas extraordinarias o dejar evolucionar la historia natural de su enfermedad con cuidados paliativos, en lugar de cuidados extraordinarios que alargarían su agonía. Sin embargo, en ninguna ocasión pueden abandonarse las medidas de soporte general, acelerándose por lo tanto la muerte del paciente.

En la atención a pacientes pediátricos la familia es muy importante, es un proyecto de valores, es una institución de beneficencia, donde los padres tienen el derecho y la obligación de definir qué es lo mejor para su hijo, siempre y cuando no traspasen el límite de la “no maleficencia”, es decir, los padres podrán ir decidiendo conjuntamente con los profesionales ese “hasta dónde” o “hasta cuándo”, pero tienen un límite, que viene definido por aquellas situaciones en las que no hay una mínima probabilidad de revertir la situación del pequeño. Situaciones en las que en el afán de salvar la vida de su hijo, lo mantienen en cuidados intensivos hasta llegar a la futilidad terapéutica, pues supone más sufrimiento que beneficio en un niño con un pobre pronóstico de vida. Se retiran las medidas curativas y se dejan las paliativas para mayor tranquilidad del paciente, del equipo asistencial y de la familia.

En conclusión, el cuidado paliativo: Alivia el sufrimiento, mejora la calidad de vida, ofrece y da cobertura en enfermedades no transmisibles y oncológicas, es adecuado para aplicar en el primer nivel de atención y adecuado para ser suministrado en el hogar. (Sternsward J.2007)

A continuación se presenta un caso clínico del área de cuidados paliativos. Se trata de una paciente femenina de 4 años de edad, es hija única, producto de un embarazo deseado y planeado, sus padres son profesionistas. Al nacimiento es atendida por el pediatra quien le detecta una visceromegalia compatible con riñón, la paciente se estudia y se le diagnostica nefroblastoma de riñón izquierdo; inmediatamente es programada para una nefrectomía y posteriormente sometida a quimioterapia durante 18 meses. La paciente, posterior al tratamiento, presenta remisión de la enfermedad y se mantiene asintomática y en vigilancia por oncología pediátrica. Sin embargo, cuando cumple 4 años de edad inicia con dolor en región lumbar y dificultad respiratoria, por

lo que en su revisión y control con su médico pediatra oncólogo, encuentran por ultrasonido y rayos X una nueva tumoración en riñón derecho; en la radiografía de tórax se apreció derrame pleural basal bilateral. El oncólogo deriva a cirugía oncológica a la paciente y deciden realizar nefrectomía del riñón derecho (único riñón) y colocar una fistula arterio-venosa en la región inguinal, iniciar una segunda línea de quimioterapia y mantener a la paciente en terapia sustitutiva de hemodiálisis. Es en estas condiciones que se encuentra la paciente con síntomas físicos mal controlados: dolor, disnea, astenia, adinamia, anorexia, anuria, febrícula, ansiedad, insomnio y ataque de pánico. La familia experimenta sentimientos de frustración, su única hija con una terrible enfermedad, además de presentar ira contra el sistema de salud, por las condiciones sintomáticas de su hija y conflicto entre los padres, por culparse uno a otro de la fatídica genética de la cual su hija es portadora.

Los padres solicitan atención domiciliar de cuidados paliativos por dolor, al otorgarle el cuidado paliativo a la paciente, se proporciona el control de síntomas físicos como la necesidad de analgesia e hidratación. Así mismo, se le capacita a la familia sobre los cuidados generales, la ingesta y eliminación, el cuidado de la piel y de los ojos, así como el control del ataque de pánico y ansiedad. También se informa y educa sobre la enfermedad y apoyo psicológico social y espiritual de padres e hija.

Cabe destacar que los padres no sabían que la hemodiálisis es una terapia sustitutiva y que su hija no tenía posibilidades para ser candidata a trasplante renal, por lo que no había posibilidad de recuperación; tampoco habían valorado el deseo de la niña, quien manifiesta que quería estar en casa y no deseaba más internamientos, ni procedimientos.

Se les informó de la filosofía del cuidado paliativo: que esto no significaba acelerar, ni posponer el proceso de morir, sino más bien reafirmar la calidad de vida de la niña y darle en lo posible una muerte digna. También se les dio a conocer en esta primera intervención, los objetivos de éste: proporcionar confort y bienestar, calidad contra cantidad. Los padres tenían dilemas éticos y morales, así como sentimientos de culpa por la decisión, sobre todo por haber aceptado la segunda nefrectomía. A la paciente se le brindó

la analgesia y control de síntomas, pero los padres decidieron continuar con la hemodiálisis y finalmente la paciente falleció 15 días después, durante una hemodiálisis.

Se realizó seguimiento posterior para evaluar la satisfacción por el servicio recibido de cuidados paliativos y los padres expresaron: Que si hubieran estado informados, no hubieran sometido a sufrimiento innecesario a su hija, si les hubieran dicho que no había posibilidades, no habrían aceptado la hemodiálisis.

Finalmente, una información oportuna, veraz y de calidad, evita que los casos de los pacientes

con enfermedad terminal sean sometidos a procedimientos innecesarios, que alargan la agonía, incrementan el sufrimiento y demeritan la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia. (Gomez B. X, 2002)

Es importante que las unidades de salud cuenten con personal capacitado en el tema de cuidados paliativos y bioética para que la atención se brinde con oportunidad y puedan orientar a los padres para que las decisiones que se tomen sean encaminadas a disminuir el sufrimiento, evitar la obstinación terapéutica y favorecer una muerte digna.¹⁶

Referencias Bibliográficas

Gracia D. *Los cuidados intensivos en la era de la Bioética. En Ética de los confines de la Vida.* Bogotá: Ed. El Buho 1998, 249-55

Gomez Batiste X, Porta Tuca A, et al. Spain: *The WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia. Results at 10 years (1991-2001).* J. Pain Symptom and Management 2002; 24:239-244

Hummelstein B.P., Hilden J.M., Boldt A.M., Weissman D. *Pediatric Palliative Care Medical Progress N. Engl. J. Med,* 2004; 350: 1752-62

Larrea Fabra L M E. *La ética médica en el paciente poli traumatizado.* (Artículo en línea) Medisan 2008; 7(3)(http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3) consulta: 15 nov. 2008
Ley general de Salud, reforma actualizada el 18 de diciembre de 2009.

Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheik A. *Illnes trajectories and palliative care.* BMJ 2005; 330: 1001-1011

Pérez, S, Bautista C, 2010, *Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, Segunda edición, Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud, México. p 28.

Román Lafont J. *Bioética y puericultura.* Rev. de Cienc Méd La Habana 2008; p 14

Sánchez Santes L, Amaro Cano MC, Álvarez Síntes R. *La Salud Pública en Cuba. Medicina General Integral.* La Habana: Ciencias Médicas; 2001; 1: 1-6.

Sternsward J. *Palliative care: The Public health strategy.* J Health Policy 2007, 28-42-55



Fuente Informativa



en
Bioética





Código de conducta para el personal de salud



César Humberto Botello Ortíz*

El código de conducta para el personal de salud, tiene nueve años que se publicó y es aún un documento desconocido para la mayoría de los compañeros, motivo por el cual en esta sección de la revista queremos hacerlo del conocimiento de todos.

En el 2002, el Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora; el Dr. Santiago Levy Algazy, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Lic. Benjamín González Roaro, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Dr. Enrique Rúelas Barajas, Subsecretario de Innovación y Calidad; el Dr. Fernando Cano Valle, Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Bioética, entre otras personalidades de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y de la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM, elaboran el presente documento dirigido a todos los profesionales de la salud del sector, que guíe sus actividades y acciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal.

En este apartado se reproduce casi textualmente lo que el Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk menciona en el documento. Reconoce a este Código como una contribución para aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, de esos tiempos históricos de nuestro país, el cual sigue aún vigente.

El código de conducta especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la

salud, interpretando las normas morales y de trato social que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Su utilización debe ser por el personal de todas las instituciones oficiales que proporcionan servicios de salud.

El Código de Conducta hace públicos los estándares de conducta profesional del personal que coadyuve a la prestación de servicios con altos niveles de calidad. Establece una guía de comportamiento esperado del personal, siempre con referencia a las prácticas comúnmente aceptadas en las profesiones de la salud y a las obligaciones laborales contraídas y se basa en los principios fundamentales de la Bioética, como son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad-justicia y el respeto a la dignidad humana. Abre la posibilidad de que tanto las conductas como las prácticas, sean ajustadas al nivel de operación de la Unidad de Servicios de Salud de que se trate.

Fortalece asimismo, la identificación del personal con su profesión y con la institución donde labora. Ayuda a prevenir la aparición de conductas profesionales reprochables y la comisión de faltas a la ética establecida. Igualmente favorece el desarrollo profesional y grupal de los equipos de salud dentro de la institución.

El código de conducta convoca igualmente al desempeño coordinado y corresponsable de las diferentes áreas de las unidades de prestación de servicios de salud y, destaca la integridad profesional como eje en la prestación de los servicios, de igual forma enfatiza el trato cálido y amable a los pacientes, junto a la mejor utilización

*Maestro en Salud Pública, Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del Instituto de Salud del Estado de México.

del tiempo y de los recursos disponibles. (Julio Frenk, 2002)

Estándares de comportamiento

Se trata de las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción, comprendidos los siguientes estándares:

I. Estándares de trato profesional:

Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

1.El personal, sus líderes y directivos se desempeñarán con integridad, aprovechando al máximo el tiempo de servicio y la utilización racional de los recursos a su disposición, protegiendo los intereses de los pacientes y de la institución, evitando el despido.

2.Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta.

3.Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes.

4.Evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución para llevarlos a cabo.

5.Actualizará el conocimiento y la capacitación para el desarrollo de las destrezas necesarias para empleo de la tecnología accesible, lo cual deberá comprobar por medio de las certificaciones correspondientes a su disciplina.

6.Reconocerá sus limitaciones para buscar el apoyo necesario o la derivación de los pacientes, conforme a las normas institucionales, previniendo la intervención de personas insuficientemente capacitadas.

7.Atenderá integralmente a los pacientes minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja.

8.Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.

9.Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.

10.El personal de salud debe de tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.

11.Del mismo modo, deberá facilitar, a solicitud de los pacientes, o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.

12.Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes, la que sólo se divulgará con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley.

13.Cuando el paciente pide a su médico que decida por él lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir, conforme a su leal entender y proceder, conservando así los derechos fundamentales del paciente.

14.Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos, que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética

del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos.

15. Asimismo, les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.

16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitatorias para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.

17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuado.

18. Si se requiere una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar al paciente con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados, y si es el caso, los costos del mismo.

19. Solamente cuando no se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico.

20. Proporcionará atención de urgencia a todo paciente, cuando esté en peligro su vida, un órgano o una función, sin distinción de cualquier tipo, con el propósito de estabilizar sus condiciones clínicas para que pueda recibir el tratamiento definitivo donde corresponda.

21. Formulará acuciosamente el expediente clínico de cada paciente en medios escritos. El expediente deberá ser completo, ordenado, legible, veraz, oportuno y lógicamente secuenciado, conforme lo establecen las normas.

22. A petición del paciente, sus representantes legales o de una autoridad judicial entregará un resumen clínico del caso, cuando le sea requerido.

23. A los pacientes hospitalizados deberá informar

la razón de la necesidad de practicar exámenes de laboratorio o gabinete y comunicárseles los horarios de los estudios y la preparación necesaria.

24. Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de administración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas.

25. Los alimentos deben ser proporcionados con comedimiento, en los horarios propios de la unidad hospitalaria y que mejor se apeguen a los requerimientos de los pacientes.

26. Utilizará debidamente los cuadros básicos y catálogos de insumos sectoriales, recurriendo a las opciones más indicadas que ofrecen, conforme al nivel de atención donde preste sus servicios.

27. Se apegará invariablemente a las normas oficiales, así como a los programas, protocolos y procedimientos establecidos en su institución para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes.

28. Se abstendrá de realizar, en el marco normativo de la institución, y en acuerdo con los familiares responsables, todo procedimiento desproporcionado que pueda significar ensañamiento terapéutico, o bien efectuar acciones de reanimación que expresamente haya prohibido el paciente.

29. El personal debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito con el paciente, referentes a sus decisiones anticipadas de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva y elección de su representante para que apoye su decisión cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales, anotando en cada ocasión en el expediente clínico.

30. La atención hospitalaria del paciente en fase terminal incluirá cuidados hasta el último momento de su vida. La calidad técnica y moral de los mismos debe asegurar que el enfermo reciba la atención que merece por su condición de persona humana y pueda morir con dignidad en el hospital o en su domicilio.

31. El paciente en trance de muerte debe ser tratado con el mínimo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aún cuando signifiquen dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos,

soporte psicológico y social, posiblemente cirugía, radiaciones, antibioticoterapia, etc., si estas medidas mantienen confortable al paciente.

32. Se enfatizará que el médico es un profesional de la ciencia y conciencia, que no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente, ya que al igual que éste, es una persona libre y responsable con un singular acervo de valores que norman su vida.

II Estándares de trato social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

1. La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.

2. De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.

3. El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.

4. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.

5. Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.

6. Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.

7. Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida

sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.

8. La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.

9. Preparar a los pacientes que irremediamente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.

10. El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

III Estándares de conducta laboral

Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo, a saber:

1. Perfeccionar su vida profesional y cuidar con su conducta la fuente de empleo, así como coadyuvar a la conservación del patrimonio institucional y nacional.

2. La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.

3. Colaborar honestamente con los procesos de auditoría interna o externa, como con los correspondientes a la supervisión, asesoría o evaluación.

4. Abstenerse de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, inclusive la que considere de índole profesional personal, a menos que cuente con la autorización correspondiente.

5. Velar por la conservación del buen nombre

y prestigio de la institución y, en caso de que identifique situaciones que los afecte deberá con lealtad, por los conductos institucionales, hacerlo del conocimiento de sus superiores o de las autoridades competentes.

6. Atender solícitamente las quejas que se presenten con motivo de la atención proporcionada a los pacientes, y colaborar ampliamente con la investigación que realicen las instancias formales que corresponda.

7. Contribuir a la solución de los conflictos que con tal motivo se presenten, actuando con imparcialidad, responsabilidad, equidad, honestidad y respeto a las instituciones, a sus compañeros de trabajo, a los pacientes y familiares, y a las obligaciones que como miembros de la sociedad les corresponde.

8. En el ámbito de sus atribuciones, contribuir y colaborar a la observancia de aquellas medidas tendientes a preservar el medio ambiente.

IV Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación

Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante.

1. Sólo participarán en actividades educativas de alumnos de escuelas y facultades reconocidas y acreditadas, con las que la institución donde presta sus servicios tenga suscritos convenios.

2. No permitirán, conforme a las normas institucionales y programas académicos, la práctica inexperta o sin supervisión de los alumnos de los diversos grados de los grupos pertenecientes a las diferentes carreras de la salud, bajo su responsabilidad.

3. Podrán compartir su tiempo laboral con el tiempo convenido para actividades docentes o de investigación, para las cuales podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.

4. En todas las actividades de enseñanza o de investigación antepondrán el respeto y el confort de los pacientes, a la ejecución didáctica o de

investigación.

5. Imbuirán en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, a los compañeros, a los superiores y, en general al personal que colabora en las actividades asistenciales, cuidando que la formación que reciban los alumnos sea integral.

6. Los pacientes que participen en el proceso educativo deberán ser informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio, como tampoco de investigación. Del mismo modo deberán ser informados del nombre de los alumnos y del grado que cursan.

7. El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.

8. La realización de proyectos de investigación siempre será acatando las normas institucionales en la materia, anteponiendo la seguridad de los pacientes y respetando su aceptación o negativa, de participar en el estudio o de abandonarlo, sin que por esto desmerite la calidad de su atención.

9. Es deber del investigador trabajar en una relación creativa y mutuamente respetuosa con los pacientes, de manera que la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.

10. No se debe inducir el uso de tecnologías, material, equipo y medicamentos que apenas están en estudio y no cabalmente confirmada su utilidad.

11. En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y en segundo término contribuir a dilucidar problemas del conocimiento.

12. Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.

13.La profesión médica es responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos, siendo dicho conocimiento abierto al escrutinio público.

14.Respetará el consentimiento válidamente informado del paciente para participar en proyectos de investigación, mismo que protege sus derechos y dignidad humana. Bajo los principios de privacidad y autonomía una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.

15.El consentimiento válidamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos, haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener, así como su libertad para retirarse del estudio.

16.Se deberá dar a conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador de la investigación y los compromisos que se adquieren.

17.En todos los casos la investigación clínica estará sujeta a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en la normatividad nacional y convenios internacionales sobre la materia.

18.No se podrán llevar a cabo proyectos de investigación de ningún tipo, sin la aprobación correspondiente de los comités de bioética y de investigación de la unidad de servicios de que se trate. Dichos comités podrán dictaminar, dadas sus atribuciones, sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de proyectos, con base en el seguimiento de cada protocolo.

V Estándares sobre las relaciones extrainstitucionales del personal de salud.

Relativos a la relación que mantenga el personal que brinda los servicios con organismos académicos o colegios, o bien de investigación o con fabricantes y distribuidores de insumos para la salud.

1.Las participaciones individuales o grupales relacionadas con experiencias institucionales profesionales, deberán ser del conocimiento de las autoridades responsables y señalada claramente la responsabilidad personal del autor.

2.La participación en sociedades, academias o colegios serán exclusivamente a título personal, debiendo salvaguardar el buen nombre e imagen de la institución donde labora.

3.En ningún momento ni circunstancia dejarán su preponderancia los intereses de la institución donde labora, por los de sociedades, academias o colegios.

4.Con el fin de evitar conflictos de interés, no se podrá recibir de proveedores de material, equipo o medicamentos a su institución, comisiones u obsequio alguno, ni en dinero, ni en especie.

5.No se deberá reclutar pacientes para probar medicamentos, material o equipo médico, sin la debida autorización institucional y el seguimiento de un protocolo formal.

6.El médico debe tomar sus decisiones sin influencias comerciales, por lo que no debe aceptar regalos personales, viajes, equipos o amenidades de compañías proveedoras para evitar conflictos de intereses.

7. Como tampoco aceptar u ofrecer, si es el caso, participaciones económicas por la atención, interconsultas o transferencia de pacientes. De ningún modo podrá atraer pacientes de otros compañeros médicos, ni cuestionar su profesionalismo, como tampoco, si fuera el caso, ofrecer rebajas en el costo de la atención.

8.No se deberá permitir que se utilice el nombre o imagen del personal institucional para anunciar equipos, medicamentos o publicidad personal, por ser contrario a las prácticas aceptadas de las profesiones de la salud y la imposibilidad de desligar los de la institución donde presten sus servicios.☞



Espacio **Libre y**



Cartas al **Editor**



Carta sobre el trato que reciben algunos pacientes.

La resolución de conflictos y la satisfacción de los usuarios internos y externos de las unidades de salud es difícil de alcanzar de manera absoluta y más difícil se forma si existe una carencia de ética personal e institucional. En este sentido para lograr buenos resultados se requiere de contar con un personal de salud integro, honesto, empático y compasivo. La baja motivación en los prestadores de servicios fomenta actitudes antiéticas que reflejan una baja calidad en el servicio, generando un ambiente de desconfianza, insatisfacción, rechazo y hasta enojo e ira en contra de los servicios. La Bioética proporciona los principios y normas que deben ser adoptados en la conducta del hombre, es concebida como una disciplina que contiene los valores y virtudes que marca un sentido humano y que busca el beneficio de los usuarios y del mismo trabajador.

Para abordar este tema les presento mi caso, que tiene el propósito de someter a la conciencia de cada lector el trato que recibimos los pacientes que acudimos a un servicio de salud. Generalmente, como paciente se esperaría que el médico en turno oriente, guíe y comprenda, que el paciente acude a él para obtener información sobre su estado de salud con calidez y calidad, en correspondencia con la formación profesional adquirida a través su preparación y experiencia. Sin embargo, lo que me he encontrado como usuario de estos servicios, es que existen algunos médicos que se alejan mucho de lo deseable.

El caso es el siguiente... Soy servidor público, mujer embarazada con 43 años de edad, que acude al servicio para obtener un pase y ser canalizada al hospital de alta especialidad en materno-infantil, para que se me otorgue el seguimiento a mi embarazo y la incapacidad respectiva. Al ingresar a la consulta, el médico en turno me pregunta que cuál es mi problema? A lo que le respondo que no tengo ningún problema, que sólo estoy embarazada... El Galeno levanta la vista y en tono sarcástico me dice que cómo es posible? que a mi edad es una irresponsabilidad, pues este embarazo es considerado de alto riesgo y que si no lo sabía?... como paciente no supe que responder, me sentí atacada, sorprendida y muy confundida. Ahora resulta que hasta tengo que disculparme por mi estado de gravidez?... las

preguntas continuaron, a las cuales respondí que me sentía muy bien, que no tenía trastornos... tal vez con mis respuestas ahora secas y concisas le di a entender que su proceder no era el correcto y que estaba molesta, lo cual permitió suavizar aunque sea un poco aquella consulta tan incómoda. Ahora en tono de condescendencia me envía a hacerme unos análisis para saber si había producto, porque no podíamos descartar el hecho de que la matriz estuviera ocupada pero no por un bebé. Para mi fortuna, ya había observado a este bebé en mi vientre y me había asesorado sobre qué medidas de cuidado debía tomar, por lo que sentí su comentario un insulto. Al salir del consultorio, me sentía muy confundida, preguntándome ¿cómo era posible que un médico tuviera esa actitud sentenciosa, misógina y obsoleta? Qué dirían nuestras abuelas, que a los 45 o más seguían teniendo hijos... ¿acaso habían sido así de señaladas?

Semanas después, acudí nuevamente a solicitar consulta... por obvias razones no quise pasar con el mismo médico y pensé que una mujer sería lo indicado... que tal vez por su condición, la empatía de género y la sensibilidad que nos caracteriza permitiría que me sintiera más en confianza. Pero no fue así, al entrar, me pregunta ¿Cuál es su problema? Le respondo que ninguno, que estoy felizmente embarazada... en tono burlón me pregunta que porque me esperé tanto para tener hijos?, que si no sabía que era un embarazo de alto riesgo?... y que yo tenía que hacer todo lo posible porque se lograra este bebé...de nuevo una actitud prepotente e intolerante, me quedé boquiabierta... nuevamente iba a tener que defender mi condición, a luchar porque se me dejara de intimidar, a lograr a toda costa que me dieran el pase al especialista. Por segunda ocasión hago acopio de mi madurez y templanza, pienso en que gano más con miel que con hiel, que no debo de tomar personal esta situación y que obtengo más si trato de negociar mi pase, que si me enojo y les digo lo que merecen por hacerme sentir así. Al fin obtengo mi pase,el tan anhelado pase... no sin antes de salir escuchar el comentario: ipues cuídese, haber si se logra ese bebé!...

No entiendo cómo es que un médico, que se prepara para atender a sus pacientes con conocimientos, con experiencia, carezca del mínimo sentido humano para atender

a sus pacientes, que no exista la empatía, la comprensión. ¿Dónde está la profesión, la ética y los valores morales? ¿Dónde se encuentra al buen trato, la sensatez, la humanidad como personas?

Es bien sabido, que en las clínicas de consulta externa el trato hacia las madres mayores es de reproche y maltrato por permitir embarazarse a esa edad tan avanzada, pero muchas veces con todo y los cuidados sucede y en ese caso se tiene que continuar con el embarazo lo mejor atendido posible. ¿No hay alguien que abogue por el paciente?... ¿Qué el sistema de salud no ve que se requieren médicos con ética profesional y sentido humano? Con la conciencia de que se atiende a personas con sentimientos y dignidad.

Hoy más que nunca es menester elevar el nivel de conciencia de los trabajadores de la salud, ser mejores personas; entender que nuestro trabajo habla por nosotros y que no puede seguir el maltrato y la arbitrariedad hacia los pacientes.

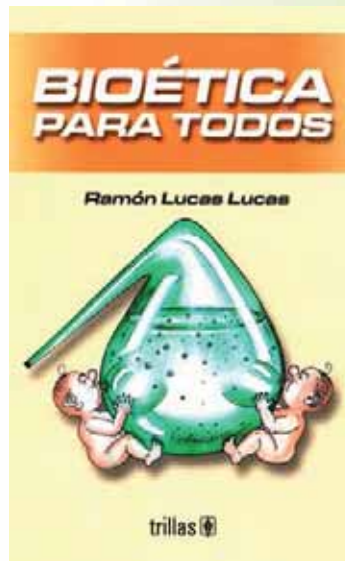
Pido se les brinden cursos de ética, salud mental, valores morales, equidad de género, calidad en el servicio, porque esto no puede seguir así.

Muchas gracias por permitir exponer mi experiencia en este espacio.☺

Biol. y Psic. S. P. A.
llalla77@hotmail.com



Lecturas



Recomendadas





Lecturas Recomendadas



Claudia Jiménez Baca*

BIOÉTICA PARA TODOS

Ramón Lucas Lucas

Los problemas de la Bioética no son sólo, en la actualidad, un coto privado para especialistas. Suscitan interés en diputados, catedráticos, médicos, periodistas, empleados y amas de casa; la Bioética hoy es para todos. Quien es sensible al valor de la vida, no puede evitar las preguntas cruciales: «¿El hijo es un don que se acoge o un producto que se fabrica?» «¿Todo lo que es técnicamente posible, es también moralmente admisible?» «¿El fin bueno de curar una enfermedad como el Alzheimer, justifica la experimentación con embriones humanos y su destrucción?» «¿Por qué no poner fin al dolor con una 'buena muerte'?».

El libro presenta de modo serio, pero accesible para todos, los problemas bioéticos. Con un lenguaje claro y preciso, con dibujos y caricaturas, diagramas y fotografías, el autor ofrece una "Bioética para todos".



BIOÉTICA GENERAL

Horacio García Romero

Luis Limón Limón

Esta obra surge de atender esa necesidad, que de otra manera no puede ser satisfecha, sólo con la cátedra del profesor o con la referencia a profundos y muchas veces áridos tratados, la Bioética es una materia de reflexión y análisis, más que de memorización, cuyo objetivo es plantear puntos de discusión bioética que estimulen al lector a reflexionar.

En la obra se tratan los grandes preceptos de la Bioética y el porqué de su aplicación, que es fundamental en la práctica profesional. Además, se hace una revisión somera de las principales corrientes filosóficas que han surgido en la historia de la humanidad y que existen actualmente, y de la influencia que cada una de ellas pudo haber ejercido y continúe ejerciendo en la bioética.



*Licenciada en Diseño Gráfico, por la Universidad Nacional Autónoma de México.

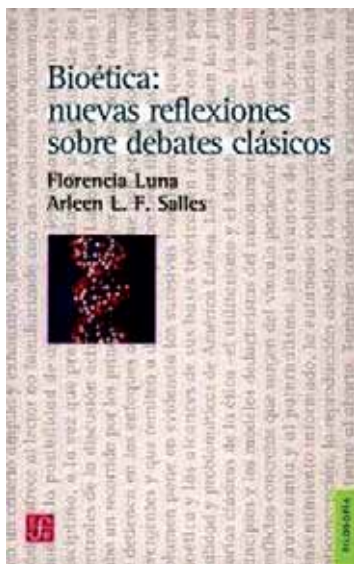
BIOÉTICA: NUEVAS REFLEXIONES SOBRE DEBATES CLÁSICOS

Florencia Luna

Arleen L. F. Salles

Con un criterio amplio y exhaustivo, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos* ofrece al lector no familiarizado la posibilidad de aproximarse a las cuestiones fundamentales de la bioética y presenta al especialista un análisis de los puntos centrales de la discusión actual.

Florencia Luna y Arleen L. F. Salles llevan a cabo un recorrido por los principales abordajes que han tenido los temas clave y se detienen en los enfoques alternativos, que han provocado interpretaciones divergentes y que remiten a diferentes perspectivas filosóficas. El contenido del volumen pone en evidencia las sucesivas transformaciones que ha sufrido la bioética y los alcances de sus bases teóricas en relación con la particular realidad y las problemáticas de América Latina. Las autoras revisan las principales teorías clásicas de la ética -el utilitarismo y el deontologismo, la teoría de los principios y los modelos deductivistas del razonamiento moral-, y analizan los conflictos concretos que surgen del vínculo particular entre médicos y pacientes: la autonomía y el paternalismo, los alcances de la confidencialidad y el consentimiento informado, la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, la anticoncepción, la reproducción asistida y los usos de la clonación, y los debates morales en torno al aborto. También consideran las exigencias que requieren las investigaciones sobre bioética, así como los dilemas sobre el derecho general a la salud, en especial en lo que atañe a las mujeres, y la función que debería cumplir el Estado.



El volumen cuenta con colaboraciones especiales de María Victoria Costa, Susana E. Sommer y Graciela Vidiella.

Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos ofrece una actualización rigurosa y lúcida acerca de temas que comprometen la autonomía y la libertad de todas las personas.

Crónica



V Encuentro Nacional de Bioética



Crónica del V Encuentro Nacional de Bioética

Jesús Luis Rubí Salazar*

Descripción

El viernes dos de septiembre de 2011, en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, se llevó a cabo el V Encuentro Nacional de Bioética, con el lema: “Dilemas en el manejo de la información en salud”, organizado por la Comisión de Bioética del Estado de México, la Coordinación de Salud, a través de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISEM, con la colaboración de las Instituciones del Sector Salud, Educativo, del Medio Ambiente, Academias y Organismos no gubernamentales. Con el objetivo de conformar una cultura bioética en el Estado de México, así como intercambiar experiencias y conocimientos relacionados con estos temas tan relevantes en la atención clínica.

En el evento de inauguración se contó con la presencia del Maestro en Derecho Marco Antonio Morales Gómez, Presidente del Consejo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México; el Dr. Manuel Ruiz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética y Presidente del Colegio Nacional de Medicina; el Dr. Gerardo Martínez Cristerna, Presidente de la Fundación de Ética Mundial en México; el Dr. Jorge Cruz Borromeo, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; el Dr. Osvaldo Santín Quiroz, Director General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; Dr. Jesús Ordoñez Espinosa de los Monteros, en representación del Q.F.B. José Sigona Torres, Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Oriente de nuestra entidad; la Dra. Inés Díaz Muñoz, Directora del Centro Estatal de Trasplantes; el Dr. Víctor Manuel Torres Meza, Director General del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; el M. en C. S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado, así como representantes de las instituciones que conforman la Comisión de Bioética del Estado de México.

El mensaje de bienvenida estuvo a cargo del Maestro en Derecho, Marco Antonio Morales Gómez, Presidente del Consejo de la Comisión de Derechos Humanos y anfitrión del evento, quien menciona su disposición para entablar de manera coordinada el respeto por los derechos humanos y el fomento al respeto de la dignidad de las personas, expresando su satisfacción por llevar a cabo en sus instalaciones este encuentro de experiencias y conocimientos.

Como acto seguido el Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética expresa los motivos por los que es importante llevar a cabo este tipo de eventos y de manera especial el tema que lo enmarca, por encontrarnos en estos momentos históricos inmersos en la llamada era



de la información, en este contexto menciona los tópicos más importantes de la Declaración de Principios para construir la Sociedad de la Información, promulgada en Ginebra el 2003, enfatizado en el derecho a la protección de los datos personales como una motivación bioética. Asimismo, habló sobre la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, entre otros temas importantes.

El Mensaje Institucional e Inauguración estuvo a mi cargo en representación del Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas, Secretario de Salud y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, invitando a colaborar en la creación y fortalecimiento de la cultura bioética, a fomentar

*Coordinador de Salud del Instituto de Salud del Estado de México y Vicepresidente de la Comisión de Bioética del Estado de México



el sentido de corresponsabilidad para coadyuvar al buen desempeño de los profesionales de la salud, la educación y promover la protección del medio ambiente.

En la Conferencia Magistral del Mtro. Marco Antonio Morales Gómez, Presidente del Consejo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México con el tema “La confidencialidad y el secreto profesional”. Reconoce al secreto profesional desde un marco legal, como el derecho a la intimidad, siendo uno de los derechos fundamentales de la persona, reconocido y protegido por la ley, junto con otros derechos fundamentales, con los que puede entrar en conflicto. Por lo que entre otras medidas plantea la necesidad de normativa, que regule la posibilidad de atenerse al secreto profesional en la esfera de la salud.

La Dra. Lizbeth Sagols Sales, profesora e investigadora de ética y bioética de la Facultad de Filosofía y Letras, presenta la conferencia magistral titulada “La confidencialidad desde el punto de vista de la humanización del médico y su toma de decisiones”, quien en su presentación enfatizó que la información misma tiene su valor real en el significado que esta tiene para el paciente, en donde los intereses personales pueden regularse a través de un sistema de resguardo que este reglamentada y fortalecida por la creación de instancias destinadas para este fin.

Por su parte el Dr. Gerardo Martínez Cristerna, Presidente de la Fundación de Ética Mundial en México presenta el tema: “El Contexto Mundial de la Bioética y la Información en Salud”, quien habló sobre la promoción de la ética en nuestra vida.

Asimismo la Dra. Berenice Figueroa Cruz, Jefe de Validación y Normatividad de Guías de Prácticas Clínicas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) quien impartió el tema “Dilemas Bioéticos en el Expediente Electrónico y la Telemedicina” menciona los beneficios y las limitaciones de esta nueva técnica, que sirve para mejorar un diagnóstico y descentralizar los servicios. Durante su plática menciona los principios de la ética de la Telemedicina y enfatiza en el cuidado de la relación médico-paciente, que consiste en cuidar la parte humana de esta relación. Refirió que se trabaja en el marco tecno-científico y ético de la tecnología de la medicina.

El programa académico concluyó con el simposio titulado: *“Información en salud y transparencia vs derechos de los pacientes en salud pública”*, con la participación de la Dra. Garbiñe Sarawatari Zavala, Dr. José Torres Mejía y el Dr. Lino Teja García.

Asimismo durante el Evento, el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” presentó un cartel titulado: “El actuar médico en la atención a pacientes testigos de Jehová y su omisión de conciencia”.

Finalmente cabe mencionar que el Encuentro cumplió con los objetivos propuestos y contó con la presencia de personalidades representantes de las dependencias de salud, educación y del medio ambiente, así como de 362 participantes de hospitales, jurisdicción sanitaria, regulación sanitaria y centros educativos en salud.☺



Investigación en Salud



Resúmenes XIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud



Resúmenes XIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud

Claudia Lorena Vargas Alemán*

Investigación Clínica

Primer lugar:

Eficacia de la Pentoxifilina a seis meses de tratamiento en la nefropatía diabética

Avalos Ramírez Juan Antonio*, Martínez Castro Jesús Eric*, Díaz Montiel Juan Carlos*.

*Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", ISEM

Introducción: A pesar de los efectos benéficos del bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona, es necesario explorar el potencial antiproteinúrico y los efectos de protección renal de otros agentes terapéuticos.

Objetivo: Determinar la eficacia a 6 meses de tratamiento con pentoxifilina en nefropatía diabética, en comparación con grupo control.

Material y Métodos: Un total de treinta pacientes del Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" con diagnóstico de nefropatía diabética, identificados en la consulta externa, se aleatorizaron en dos grupos, el grupo pentoxifilina (n=16) recibió 800 mg/día aunado a tratamiento convencional (IECA y/o ARAII), y grupo Control (n=14) sólo bajo tratamiento convencional. Las características basales fueron similares en ambos grupos.

Resultados: Después de seis meses de seguimiento, los resultados demostraron en la proteinuria una disminución significativa en los pacientes quienes recibieron pentoxifilina del 48% respecto a la basal (P = 0.003), a diferencia del grupo control que presentó un incremento del 37%. Este efecto antiproteinúrico aditivo no fue dependiente de los cambios de presión arterial media o control metabólico.

Conclusión: La administración de pentoxifilina, aunado al tratamiento convencional, produce un efecto antiproteinúrico aditivo, con lo que se incide de manera directa en retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica.

Segundo lugar:

Factores de riesgo asociados a muerte por neumonías adquiridas en la comunidad durante la contingencia epidemiológica del virus de la influenza humana.

Bautista Velázquez Adriana*, Rodríguez Moctezuma Raymundo*, López Carmona Juan Manuel*.

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estado de México, Oriente.

Introducción: En México durante el período de 1 de marzo al 30 de abril se reportaron un total de 1,918 presuntos casos, que incluían 286 casos probables y 97 casos confirmados. Se reportaron un total de 84 muertes.

Objetivo: Identificar factores asociados a muerte de pacientes con neumonía probable por virus de la influenza AH1N1 en unidades hospitalarias de la Delegación Oriente del Estado de México.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se revisaron todos los casos de neumonías que ingresaron a hospitales de la delegación oriente durante los meses de marzo y diciembre del 2009. Se parearon por unidad, grupos de edad y sexo, los casos fueron defunciones el apareamiento fue de 1:1.

Resultados: Se incluyeron los expedientes de 106 sujetos, 53 fallecieron y fueron pareados 1:1 por hospital de egreso. No se observó diferencia entre grupos con uso de antibióticos únicos o en combinación, ni con el uso de esteroides o medicamentos broncodilatadores para disminuir la mortalidad, el uso de antivirales al ingreso mostró beneficio para disminuir la mortalidad con $p \leq 0.05$. El tiempo de inicio de los signos clínicos incrementó la mortalidad en los casos, así como infiltrados múltiples en las radiografías con $p < 0.005$. Los factores de riesgo para muerte fueron: sexo masculino, tabaquismo, diabetes, focos múltiples, dificultad respiratoria, y no uso de antivirales al ingreso.

*Maestra en Salud Pública y Jefa del Departamento de Investigación en Salud de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISEM.

Conclusión: Existen factores de riesgo asociados a muerte por neumonía de los pacientes que fueron ingresados a hospitalización durante la primera contingencia de la epidemia del virus de la influenza AH1N1.

Tercer lugar:

Fuente de alimento de triatominos, Infección con Trypanosoma cruzi y factores de riesgo asociados.

Medina Torres Imelda*, Vázquez Chagoyán Juan Carlos*, Montes de Oca Jiménez Roberto*.

*Subdirección de Epidemiología, Departamento de vigilancia Epidemiológica, ISEM

Introducción: La enfermedad de Chagas es causada por un protozoo del género Trypanosoma, especie cruzi (T. cruzi), transmitido al ser humano y a otros mamíferos por artrópodos triatominos hematófagos domiciliados.

Objetivo: Identificar la fuente de alimentación de triatominos, determinar la presencia de T. cruzi en triatominos y los factores de riesgo asociados a la enfermedad de Chagas.

Material y métodos: Se muestrearon 5 municipios del sur del Estado de México. Se identificó el T. cruzi en los triatominos mediante frotis de heces teñidos con Giemsa. Se extrajo y se amplificó ADN del tubo digestivo de los triatominos.

Resultados: Se identificaron dos especies de triatominos: Triatoma pallidipennis y Triatoma dimidiata. El 27.82% de los triatominos presentaron T. cruzi en sus heces. Los factores de riesgo asociados a la presencia de triatominos fueron las viviendas con piso de tierra, pared de adobe y techo de teja. El 23.52% se alimentaron con sangre humana y de perro, el 23.52% de sangre de perro, el 17.64% con sangre de perro y ave, el 11.76% con sangre de perro y de cerdo y el 5.8% con sangre de ave, humano y cerdo.

Conclusión: El agente causal de la enfermedad de Chagas se encuentra circulando entre los vectores; la sangre del perro y el humano se constituyen como las principales fuentes de alimentación de los triatominos.

Investigación en Sistemas de Salud

Primer lugar:

Optimización del servicio de laboratorio a través de un formato desarrollado en el servicio de urgencias

Rangel Gómez Rocío*, Ramírez García Moisés E.*, Rodríguez Salazar Marlene*, Venegas Cervantes Rafael*, López Garduño Francisco*, Campa Escobar Jesús A.*, Herrera Mendoza Ma. Del Carmen*.

*Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". ISEM

Introducción: En el proceso del Laboratorio Clínico, Pre analítica, las incidencias más frecuentes es el llenado de la solicitud de estudios la cual es indispensable para que el laboratorio cumpla su función.

Objetivo: Disminuir el número de estudios solicitados por el área médica, mediante un formato abierto, implementado en el Servicio de Urgencias; que permita optimizar los recursos.

Material y métodos: Se diseñó un formato de solicitud que cumpliera con las variables que el hospital requiere y que contara con un espacio en blanco donde se describen los estudios requeridos de acuerdo al diagnóstico. El "Plan Piloto", se aplicó en el Servicio de Urgencias en un período de un mes del 2010, revisando las solicitudes que llegaron al Laboratorio. Se obtuvieron indicadores a partir de 4 variables evaluando su comportamiento. Se realizó un comparativo de la información entre los meses de septiembre y agosto.

Resultados: Se obtuvo una disminución del 25% en los estudios solicitados; de 14 a 10 en el promedio de estudios por solicitud y 55% en costos, sin cambios en tiempos de proceso y entrega de informes.

Conclusión: El formato permite optimizar los recursos con la consecuente disminución de estudios. Se generalizará en el hospital.

Segundo lugar:

Frecuencia del Síndrome de Burnout en Médicos Internos de pregrado del HGZ 58.

Tenorio Vargas Gualberto*.

*Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Poniente.

Introducción: El síndrome de desgaste (Burnout) es un problema que se presenta en profesionales que trabajan con personas, en especial los médicos. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional.

Objetivo: Determinar la frecuencia de síndrome de

desgaste en médicos internos de pregrado.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en el mes de septiembre de 2010; aplicándose cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) a médicos internos del HGZ No.58. Se obtuvo edad, género, nivel socioeconómico y escuela de procedencia. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se entrevistaron a 43 médicos internos con media de edad de 22 años, 52% provenientes de la UNAM y 48% del IPN, 85% viven con sus padres. Hubo evidencia en el parámetro de agotamiento emocional el Burnout experimentado fue leve en 20%, moderado en 33% e intenso 47%; en despersonalización leve en 44%, moderado en 35% e intenso en 21% y en realización personal fue leve en 40%, moderado en 32% e intenso en 28%.

Conclusión: La presencia de Síndrome de Burnout es preocupante pues se trata de jóvenes estudiantes de medicina, los cuales se encuentran en el inicio de lo que será su vida profesional; por tanto es importante desarrollar programas de intervención-prevención para permitir mejores condiciones psicosociales en sus áreas de trabajo, así como apoyo en el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de estrés.

Tercer lugar:

La satisfacción laboral en los médicos familiares en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, en el Estado de México.

Pérez Zamora Isaac*.

*Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: Identificar satisfacción laboral en el médico familiar en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional, de campo. Población: 44 médicos familiares, ambos sexos, de la Unidad de Medicina Familiar 63 del IMSS. Se aplicó un cuestionario de 40 reactivos. Contiene las siguientes variables: Satisfacción laboral. Reconocimiento. Salarios y prestaciones. Relación con autoridades. Promociones y ascensos y relación con compañeros de trabajo.

Resultados: De la puntuación total, el 33 (80.48%) correspondió a indiferencia; 7 (17.07%) satisfacción laboral; y, 1 (2.43%) insatisfacción laboral. En dos variables; Reconocimiento y

relación con compañeros de trabajo se obtuvieron puntajes de indiferencia. No así en otras dos variables; relación con autoridades y promociones y ascensos, se obtuvo un puntaje de insatisfacción laboral. Y en la variable de salarios y prestaciones la mayoría reporta satisfacción pero con tendencia a indiferencia. Solo la variable satisfacción laboral, reporta satisfacción.

Conclusión: En la mayoría de las investigaciones revisadas para este trabajo se encontró satisfacción baja o intermedia, esta última coincide con esta investigación.

Investigación Epidemiológica

Primer lugar:

Asociación entre alanino-aminotransferasa y adiposidad en niños y adolescentes mexicanos.

Sidonio Aguayo Beatriz* 1, Halley Castillo Elizabeth* 1,2, *, Díaz Montiel Juan Carlos* 1, Rangel Gómez Rocío* 1, Delgado Sánchez Verónica* 1, Archundia Cabañez Heidy Marlene* 1, Huitrón Bravo Gerardo* 3, Salmerón Jorge* 4.

Instituciones:(1) *Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, Estado de México, (2) *Hospital de Gineco-Obstetricia 221 IMSS "Emilio Chuayffet", Toluca, Estado de México, (3) *Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México, (4) *Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuernavaca, Morelos.

Introducción: La esteatosis hepática no-alcohólica, las dislipidemias y la resistencia a la insulina están fuertemente asociados con la obesidad, sin embargo, el conocimiento sobre esta enfermedad en la edad pediátrica es limitado.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la alanino aminotransferasa (ALT) y adiposidad en niños y adolescentes mexicanos.

Material y métodos: La población base fueron hijos de los participantes de la "Cohorte de Trabajadores de la Salud". La elevación de ALT se definió como valores superiores al percentil 75 por sexo. El índice de masa corporal (IMC) se determinó a través de las tablas del CDC para población pediátrica. El porcentaje de grasa corporal (%G) se determinó mediante DEXA. La circunferencia de cintura (CC) se evaluó siguiendo técnicas estándar. Se evaluó la asociación entre la ALT y la adiposidad mediante modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: Se analizó la información de 701 sujetos. La edad promedio fue 13.133.1 años. El 51.9% eran mujeres. La prevalencia de obesidad abdominal fue 34.4%. La elevación de ALT se asoció significativamente con la adiposidad; tener una CC superior al percentil 75 aumentaba la probabilidad de tener ALT elevada (OR=1.8; IC95% 1.2-2.7).

Conclusión: Nuestros datos sugieren que la elevación de ALT está asociada con la adiposidad en niños y adolescentes.

Segundo lugar:

Evaluación del estado nutricional en niños en edad escolar de Toluca, México.

Halley Castillo Elizabeth* 1,2, Sidonio Aguayo Beatriz* 1, Díaz Montiel Juan Carlos* 1, Delgado Sánchez Verónica* 1, Basurto Acevedo Lourdes* 3, Zepeda Bentley Joselyn* 1, Archundia Cabañez Heidy Marlene* 1, Aranza Doniz Carlos* 1.

Correspondencia: ehcmelody@yahoo.com.mx
Instituciones: (1) *Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, Estado de México, (2) *Hospital de Gineco-Obstetricia 221 IMSS "Emilio Chuayffet", Toluca, Estado de México, (3) *Unidad de Investigación Médica de Enfermedades Endocrinas del Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: La obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública. A nivel mundial se han diseñado diversas estrategias para enfrentar esta situación, sin embargo, pocas son las que han tenido éxito.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional en niños de una escuela primaria de Toluca, México.

Material y métodos: Se realizaron mediciones antropométricas, determinación de porcentaje de grasa y de tensión arterial (TA) siguiendo técnicas estándar. Se determinó la presencia de sobrepeso/obesidad (mediante las tablas del CDC), de obesidad abdominal y de hipertensión, todas por edad y sexo. Se realizó un análisis descriptivo para evaluar la prevalencia de obesidad, obesidad abdominal e hipertensión.

Resultados: Participaron 1,011 niños con edad promedio de 8.832.6 años. El 50.2% eran niñas. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron 18.5% y 19.1% respectivamente, ésta última fue más frecuente entre los niños (25% Vs. 13.2%). El 33.6% presentó obesidad abdominal y el 22.7% tuvo TA

elevada, con mayor frecuencia entre los niños (25.4% Vs. 19.9%). La prevalencia de obesidad abdominal incrementó significativamente en los 6 grados escolares en (13.6, 23.8, 27.3, 32.4, 40.9 y 49.0% en niñas; 23.1, 25.4, 29.0, 34.5, 41.8 y 43.0% en niños; p-tendencia<0.01).

Conclusión: Nuestros datos evidencian la necesidad de implementar acciones inmediatas para combatir la obesidad infantil.

Tercer lugar:

Carga glucémica y su asociación con el Síndrome Metabólico en niños y adolescentes mexicanos.

Díaz Montiel Juan Carlos*1, Halley Castillo Elizabeth* 1,2, Delgado Sánchez Verónica* 1, Sidonio Aguayo Beatriz* 1, Archundia Cabañez Heidy Marlene* 1, Salmerón Jorge* 3.

Correspondencia: jcha_us@yahoo.com
Instituciones:(1) *Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", Toluca, Estado de México, (2) *Hospital de Gineco-Obstetricia 221 IMSS "Emilio Chuayffet" Toluca, Estado de México, (3) *Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuernavaca, Morelos.

Introducción: Estudios previos han documentado la relación entre el consumo dietario de hidratos de carbono, índice glucémico y carga glucémica con las enfermedades cardiovasculares y diabetes, principalmente en población adulta. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan evaluado tal asociación en niños y adolescentes.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la carga glucémica dietaria (CG) y el síndrome metabólico (SM).

Material y métodos: La población base fueron hijos de los participantes de la "Cohorte de Trabajadores de la Salud". La presencia de SM fue determinada de 2 formas, con los criterios del ATP III para edades pediátricas y según la International Diabetes Federation. La CG se evaluó por medio de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado previamente. Se evaluó la asociación entre la CG y la presencia de SM mediante regresión logística múltiple.

Resultados: Se analizó la información de 989 adolescentes con edad promedio de 14.934.3 años. El 7.9% tuvo SM según IDF y el 21.2% según ATP III. Una dieta con alta CG estuvo asociada con la presencia de SM con ambos criterios; (OR=3.49

IC95% 1.42–8.56 para IDF y OR=2.10 IC95% 1.18–3.73 para ATPIII).

Conclusión: Nuestros datos sugieren que un consumo elevado de CG incrementa la probabilidad de tener SM independientemente del criterio de definición, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura internacional para adultos, sin embargo, en nuestro conocimiento este es el primer reporte en niños y adolescentes.

Investigación educativa

Primer lugar:

Determinantes de aptitud clínica en médicos de primer nivel.

López Portillo Armando* 1, García Mangas José* Alberto, Bueno Herrera José Luis*, Montiel Galicia Eligio*

1 *CCEIS U.M.F. 93, Delegación Estado de México Oriente.

Introducción: Se proponen casos clínicos reales para medir aptitud clínica, asimismo buscar los factores que determinan el refinamiento clínico del médico.

Objetivos: Evaluar la aptitud clínica en padecimientos frecuentes e investigar los determinantes que se le asocian.

Material y métodos: Diseño transversal analítico con 175 médicos de primer nivel, quienes respondieron el instrumento de aptitud clínica en 15 padecimientos y el cuestionario de determinantes educativas, organizacionales y laborales previamente validados.

Resultados: Los niveles de aptitud fueron 82% intermedia, 11% baja, 6% alta, 1% muy alta y 1% muy baja. La mejor puntuación en los indicadores “medidas de seguimiento e inter-consulta” (63) y “reconocimiento de factores de riesgo” (60); los padecimientos con mayor puntaje lumbalgia (68) y diabetes (67). Los jefes mejor calificados (55) que los médicos generales (53) y residentes (49), $p < 0.0001$. Se obtuvo correlación positiva entre desempeño y oportunidades de actualización ($r = 0.20$, $p = 0.08$), oportunidades de utilización ($r = 0.23$, $p = 0.04$) y condicionantes económicas ($r = 0.24$, $p = 0.04$); y correlación negativa con auto-evaluación ($r = -0.32$, $p = 0.05$).

Conclusión: Se encontró nivel de aptitud clínica “intermedia” en padecimientos frecuentes,

existe asociación con determinantes educativos, organizacionales y laborales. La auto percepción de su aptitud resultó contraria a la puntuación obtenida, lo que refuerza la utilidad de éstos instrumentos para favorecer procesos de autocrítica y reflexión que encaucen al médico y los sistemas de salud a buscar estrategias de capacitación.

Segundo lugar:

Nivel académico del personal bibliotecario de los centros de documentación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Zurita Carrera Martha Patricia*, Espinosa Serna Patricia*.

*Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: Identificar el nivel académico del personal bibliotecario del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: Estudio transversal. Participaron 26 delegaciones del IMSS. Encuesta con 45 reactivos. Variables a estudiar: edad, sexo, antigüedad institucional, antigüedad en la categoría, nivel académico y educación continua. Se realizó una encuesta en dos fases: primera forma personalizada y segunda vía email. Análisis con distribución de frecuencias relativas representados en cuadros y gráficas.

Resultados: Se obtuvieron 114 encuestas. Participaron 5 delegaciones área metropolitana, 21 de provincia. 36.11% ingreso a bibliotecas y 69% tiene más de 40 años. El 54.6% tiene estudios profesionales en área de ciencias de la información, egresado UNAM 20, ENBA 19, el resto de universidades de provincia. El 42.4% es titulado, 23.7% cursa actualmente. Cuatro personas con maestría, dos tituladas, dos cursando.

Capacitación institucional: curso técnico de biblioteca duración un año, curso asistente de bibliotecario duración dos años. 37% cursaron curso TB, 28.7% cursaron curso AB, 25.9% carrera técnica y 33.33% estudios profesionales en área diferente a ciencias de la información. El 24% tiene diplomado en algún área, 53.3% en instituto, 69% tomó cursos de capacitación continúa: 21.3% reuniones bibliotecarios, 7.9% actualización general, 41% referentes a sistemas tecnológicos y bases de datos.

Conclusión: La cantidad de personal bibliotecario con nivel licenciatura es aproximadamente la mitad

de los encuestados, egresados básicamente de UNAM y ENBA. Los cursos técnicos institucionales que lograron interesar al personal conforma la tercera parte de los encuestados. El personal bibliotecario proviene de diferentes categorías, tiene diferentes estudios. Los encuestados con opción de licenciatura realizan sus estudios profesionales en sistema abierto.

Tercer lugar:

Prácticas de riesgo y educación para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes de escuelas públicas.

Hernández González Margarita Marina*, Jiménez Garcés Clementina *

*Universidad Autónoma del Estado de México.

Introducción: La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) es un problema de salud pública mundial, especialmente en adolescentes y jóvenes; quienes a pesar de las políticas presentan prácticas de riesgo.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con las prácticas de riesgo para el VIH/SIDA en los adolescentes de escuelas públicas de la ciudad de Toluca.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio correlacional. Se utilizó un cuestionario autoaplicable para identificar sus prácticas de riesgo, su nivel de conocimientos respecto al VIH/SIDA, sus actitudes hacia la educación para la prevención y el entorno educativo. Se realizó un análisis bivariado de las variables.

Resultados: El 49% posee conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA, el 90% muestra una actitud positiva hacia la educación para la prevención. El 16.8% tiene prácticas de riesgo y el 2.0% tuvo su debut sexual bajo influencia del alcohol. Los conocimientos con respecto al SIDA, sus actitudes hacia la educación para la prevención y el entorno educativo se relacionan con sus prácticas de riesgo.

Conclusión: Es necesario implementar una educación que incremente la adopción de prácticas seguras.

Caso clínico

Primer lugar:

Síndrome de vena cava superior: una urgencia oncológica, presentación de caso.

Del Castillo Salazar Noelia Carolina*, González Sánchez José Ángel*.

*Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos", División de Medicina Interna.

Introducción: El síndrome de vena cava superior, una urgencia oncológica, causada en más del 85% por causas malignas, se caracteriza por disminución del retorno venoso, secundario a obstrucción de la vena cava superior, por causas intrínsecas y extrínsecas. Su reconocimiento es crucial para iniciar tratamiento y disminuir sus posibles complicaciones.

Descripción de caso: Masculino de 29 años, inicio ocho meses previos con síntomas B, acompañado de dolor en la región superior de tórax derecho, cinco meses después con tumoración supraclavicular derecha, fija, dolorosa con la ingesta de alcohol, observa 1 mes previo venas tortuosas en tórax superior extendiéndose a abdomen, edema facial, se agrega disnea y ortopnea, a la exploración con plétora yugular IV, edema facial, red venosa, hepatoesplenomegalia, radiografía de tórax con ensanchamiento mediastinal y radiopacidad en región apical derecha. DHL 1030, Hb 9 grs, Plaqs 670, panel viral, marcadores tumorales e inmunológicos negativos, TAC de tórax, con tumoración mediastinal con extensión a ápice pulmonar derecho, cuello con conglomerado ganglionar derecho con desviación de línea media, se inicia manejo de citoreducción; se realiza biopsia excisional de ganglio cervical, observándose linfoma Hodgkin variedad esclerosis nodular, en inmunohistoquímica, determinación de CD20 + con co-expresión de CD30, bcl 2 +, CD 30+, KI67 40, concluyéndose linfoma Hodgkin difuso de células grandes, se le brinda tratamiento con mejoría.

Conclusión: El síndrome de vena cava es una urgencia oncológica, la importancia de este es iniciar rápidamente con la citoreducción, con el riesgo de no obtener un adecuado resultado en la biopsia ganglionar. Actualmente es imprescindible la inmunohistoquímica para determinar el tipo de linfoma, así como su pronóstico y su posible respuesta al tratamiento.

Segundo lugar

Reporte de un caso de hiperplasia suprarrenal congénita HSC por deficiencia de 21-hidroxilasa Bobadilla Montes de Oca Paloma Valeria, Demesa Arevalo Rocío, Valdés López Alfredo, Núñez Hernández Jorge Arturo.

Instituto Materno Infantil del Estado de México

Introducción: La HSC se produce por alteraciones autosómicas recesivas en la biosíntesis del cortisol y aldosterona, comprende cinco déficit enzimáticos, el más frecuente es 21-hidroxilasa (21-OH)(90-95%), con una incidencia de 1/20,000 nacimientos, variedad clásica pierde sal. Generalmente inicia a los 7-14 días de vida, debutan con crisis adrenal manifestada por hiponatremia, hiperkalemia e hipoglucemia. El estándar de oro diagnóstico es el test de corticotropina (ACTH) con medición de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP). Presentación clínica: masculino, 22 días de vida, sin antecedentes de importancia para padecimiento actual, el cual inicia con vómito gastrolimentario en cinco ocasiones, diarrea semilíquida en 6 ocasiones sin moco ni sangre, hipoactividad y rechazo a la vía oral de dos días de evolución. EF: FC146x', FR28x', T36°, TA80/50mmHg, PC36cm, PT31cm, PA29cm, T46cm, P3250kg, activo, reactivo, hidratación regular, hiperpigmentación generalizada, fontanela normotensa, soplo holosistólico grado II/VI, genitales masculinos, pene de 5cm; resto de exploración normal.

Diagnóstico: Biometría hemática normal, hiponatremia (126 mEq/L), hiperkalemia (7.61 mEq/L), 17-HOP>250ng/mL, Cortisol 25.8Qg/nL, ACTH 312pg/mL. USG abdominal normal, ECG normal, Ecocardiograma, septum interventricular en diástole 0.78 cm.

Tratamiento: Fludrocortisona 0.2mg/24hrs.

Conclusión: Los niños con HSC clásica generalmente sólo presentan una sutil hiperpigmentación y crecimiento del pene. El reemplazo mineralocorticoide para síndrome pierde sal se alcanza con fludrocortisona y requiere suplementación con cloruro de sodio (1-2g/día) hasta los 6-12 meses de vida. La secreción fisiológica de cortisol es de 6mg/día y la mayoría de los pacientes presentan un control satisfactorio de la producción andrógena con dosis de ACTH 12-18mg/día divididas en 2-3 dosis, el objetivo es alcanzar un rango de 12-36nmol/L de 17-HOP.

Tercer lugar:

Tumor de GIST en la 3ª porción del duodeno, reporte de un caso.
Escalona Ramírez Claudia*, Fernández GM*.

*Hospital General Atizapan de Zaragoza. ISEM
Introducción: Los tumores estromales-gastrointestinales(GI) o de GIST, origen tejido mesenquimal pared del tubo digestivo (TD), en células intersticiales de Cajal plexos mientéricos, poco frecuentes, 1% neoplasias-TD, presentan positividad inmunohistoquímica: c-kit o CD-117 y CD-34. Clasificación: mioide (>frecuente), neutral, mixta o ausencia. Estómago >frecuentemente afectado: 45%, intestino delgado (ID): 24% (yeyuno). Representan 30-40% de los tumores benignos ID y 10-15% malignos. Localización ID, de diagnóstico complicado, no accesibles por endoscopia. Con metástasis hepáticas y/o diseminación abdominal malignas. Manifestaciones clínicas inespecíficas: hemorragia digestiva por necrosis y perforación. Macroscópicamente tamaño considerable con tendencia necrosis central. El 60% crecimiento submucoso hacia luz GI, 30% subserosos y 10% intramural. Supervivencia 5 años 54%, relacionada con la localización del tumor. Recidiva media 21 meses, hepática o local.

Descripción del caso: Masculino, 60 años de edad, sin antecedentes de importancia. Ingresó urgencias con melena de cinco días de evolución, palidez tegumentosa, mareos, astenia, dolor en epigastrio, punzante e intenso. EF: taquicardia, hipotensión resto SV normales. Abdomen sin megalias, sin datos de irrigación peritoneal. LABS: WBC:7.95 HGB 8.43 HCT 26.1%, resto normal. Dx: sangrado TD alto, panendoscopia: gastritis erosiva antral sin sangrado activo, intensidad moderada y duodenitis, biopsias cuerpo y antro (RHP: edema superficial leve), manejo con IBP, citoprotector gástrico, procinético y hemotransfusión, 2 meses después reingresa hematemesis y melena, Hb 5.9g, Choque hipovolémico G-II, Endoscopia alta: tumoración subepitelial 2.5cm diámetro, frente ampulla Vater (biopsias inadecuadas: mucosa superficial edema acentuado, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y eosinófilos, no descarta neoplasia). TAC: tumoración con infiltración pared TD. Laparotomía exploradora: Tumoración en tercera porción duodeno, apróx. 1.5 cm de diámetro, submucoso, probable. GIST.

Tratamiento: Resección del tumor con márgenes adecuados, se realizó gastroyeyunoanastomosis, antecólica, tipo Omega, exclusión pilórica.

Conclusión: Marcadores (CD-117/34) positivos. Evolución postoperatoria sin complicaciones, seguimiento dos años, asintomático.



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 de la 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 de las instituciones de salud, hospitalarios y de ética en investigación, así como los que se formen en otras instituciones de enseñanza.

La revista está dirigida a la población en general que acuda a las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales, así como 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. Así mismo 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: bioética.edomex@edomex.gob.mx y miva06@yahoo.com.mx.

Cada trabajo deberá ir acompañado con un resumen de no más de 200 palabras.

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

A todo trabajo deberá adjuntarse una síntesis curricular, así como la dirección del autor, con el fin de mantener comunicación. Asimismo, el autor indicará la institución donde labora, su grado académico, teléfono, fax y correo electrónico.

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



DR. GABRIEL JAIME O´SHEA CUEVAS
PRESIDENTE

Secretario de Salud y Director General del ISEM

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR
VICEPRESIDENTE

Coordinador de Salud del ISEM

DRA. ANA MARÍA MILLÁN VELÁZQUEZ
SECRETARIA TÉCNICA

Coordinadora Estatal del Programa de Bioética
del Estado de México

VOCALES

PROFR. PAULINO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

Subdirector de Apoyo a la
Educación de la Secretaría de Educación

SAMANTHA PÁRAMO ACOSTA

Asesora de la Secretaría del Medio Ambiente

M. en C.S. LUIS GUILLERMO DE HOYOS MARTÍNEZ

Director de la Facultad de
Medicina de la UAEM

DR. MIGUEL ÁNGEL VILLAMARES GARCÍA

Jefe de Enseñanza, Investigación
y Calidad del ISSSTE

DRA. MARÍA DEL SOCORRO ROMERO FIGUEROA

Coordinadora de Investigación del
IMSS Delegación Estatal Zona Poniente

DR. RAYMUNDO RODRÍGUEZ MOCTEZUMA

Coordinador de Investigación del
IMSS Delegación Estatal Zona Oriente

DRA. MA. ELENA ORENDAY ARECHIGA

Directora de Enseñanza
e Investigación del IMIEM



MTRA. MARTHA MEJÍA MÁRQUEZ

Directora de Educación e Investigación
en Salud del ISSEMYM

DRA. ROSA MARÍA ESTRADA AREVALO

Responsable de Capacitación del DIFEM

LIC. MIGUEL ÁNGEL CRUZ MUCIÑO

Director Jurídico y Consultivo
de la CODHEM

DR. JORGE CRUZ BORROMEO

Comisionado de Conciliación
y Arbitraje Médico del Estado de México

DR. JESÚS HERNÁNDEZ ROMERO

Subdirector de Investigación
y Concertación del CETRAEM

DR. ALFREDO VIGUERAS RENDÓN

Representante de la Sociedad Mexiquense

DR. JUAN MÁRQUEZ JIMÉNEZ

Presidente de la Academia
Mexiquense de Medicina

M. en S.P. CÉSAR HUMBERTO BOTELLO ORTÍZ

Jefe de la Unidad de Enseñanza,
Investigación y Calidad del ISEM

LIC. EN ENF. LAURA MARTÍNEZ LÓPEZ

Presidenta del Colegio Unido
de Enfermeras de México A.C.

DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN

Asesor Externo de la COBIEM

LIC. JOSÉ LUIS MENDOZA MARTÍNEZ

Jefe de Área de Legislación de la
Unidad de Asuntos Jurídicos del ISEM



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



**Con valor y
responsabilidad
profesional**

**Porque
merecemos
Servicios de
Salud con Calidad
y Humanismo**



¡Contamos contigo!

COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

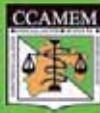
Av. Independencia Ote. 903 Col. Santa Clara, Toluca, Estado de México

Teléfonos: 214 86 80, Cel. 722 413 61 05, 044 722 168 42 84

email: bioetica.edomex@edomex.gob.mx

miva06@yahoo.com.mx

ISEM



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO



DIF
ESTADO DE MÉXICO

ISSSEM



AMM
ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA



Secretaría del
Medio Ambiente
del Estado de México

Secretaría de
Educación del
Estado de México