



BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 3 NO. 4 Enero-Junio 2012

La Bioética en los Servicios de Salud del Estado de México

Gabriel J. O'Shea Cuevas

La enseñanza de la Bioética en la unidad hospitalaria

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar

Orígenes, factores y génesis de la Bioética: la ética civil como fundamento

Mtro. José Ma. Alonso Aguerrebere

Reflexiones en torno a la ética en la definición de autorías

Dra. Maura Sara Castañeda Iñiguez

El papel de la odontología en el sistema de Salud actual desde una perspectiva Bioética

E. en PMF. Karla Gabriela Ocampo García

Dr. en Ep. Alberto Salgado Valdés

M.A.S.S. Felipe González Solano



ÉTICA CLÍNICA

EN EL ESTADO DE MÉXICO

Para el fortalecimiento de la medicina basada en valores

El humanismo en los servicios de la 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: 2 14 86 80 y 2 15 52 44
email: bioetica.edomex@edomex.gob.mx
miva06@yahoo.com.mx



Presentación



La consolidación de nuestra identidad institucional implica necesariamente la búsqueda de nuestros valores. Mirar hacia atrás para mejorar nuestro presente, es un ejercicio necesario para determinar quiénes somos.

Los servicios de salud en la actualidad han cambiado de manera significativa, no sólo en su infraestructura por los avances tecnológicos, sino en la transformación que se ha dado en la parte humana de la medicina, en la relación médico-paciente, que responde a los procesos históricos que de alguna manera han determinado la conformación de la sociedad actual.

En el Estado de México, como en todo el País, la bioética se ha convertido en un discurso multidisciplinario, que ha pasado por diversas etapas, donde el esfuerzo por salvaguardar la autonomía y la dignidad de los pacientes ha sido el estandarte.

Ésta cuarta publicación de la Revista “Bioética y Salud” aborda temas que tienen que ver con acciones dirigidas hacia el bien del paciente, hacia la ponderación de la autorregulación y autocensura moral, atendiendo a la necesidad de actualizar la conducta médica frente a las novedades que ofrece la ciencia, la tecnología y la investigación en seres humanos.

Esta es una oportunidad para favorecer la reflexión, la discusión y la disertación de



dilemas que surgen en la práctica de la medicina, con el propósito de fortalecer la cultura bioética en nuestro Estado. Como células que, si seguimos trabajando, formarán un tejido robusto con componentes biológicos, éticos y espirituales que transformarán nuestro entorno, protegiendo a los más vulnerables, abrigándolos con buena voluntad y excelencia bioética.

Conocer los rasgos importantes de quienes ejercen esta disciplina, la magnitud de sus creaciones y capacidades -contenidos que esta revista nos ofrece- nos permite la oportunidad de mirar y reflexionar, con la convicción de crear un futuro de enseñanza y ejemplo, reconociendo y reafirmando nuestro presente.

Secretario de Salud del Estado de México

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 III, No. 4, Enero-Junio 2012. 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. Impresa por Impresiones y Maquilas Santa Bárbara, Col. Santa Bárbara, C.P. 50050, Toluca Estado de México, este número se terminó de imprimir el 29 de Junio 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: 217/05/04/12-01

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
Ma. del Socorro Romero Figueroa

Diseño e imagen:

Erika Viridiana Mejía Millán

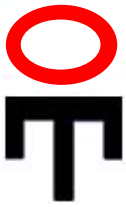
Fotografía:

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.



Uno de los requisitos básicos del desarrollo de un pueblo, es contar con ciudadanos responsables, éticos y comprometidos con su País, para que su entorno -de por sí competitivo e implacable- se convierta en un medio para alcanzar el bienestar.

La Comisión de Bioética tiene el objetivo de contribuir a que nuestra sociedad sea mejor, buscando la promoción e inserción de conceptos bioéticos en la práctica médica.

Esta cuarta publicación engloba algunos temas que tienen que ver con lo anterior, textos relacionados con la beneficencia, la justicia, la responsabilidad y el respeto por la autonomía, principios rectores que los servidores públicos deben adoptar para realizar con éxito sus labores cotidianas.

En el primer tema, el Dr. Jesús Luis Rubí Salazar habla de la enseñanza de la Bioética en unidades hospitalarias, en donde insiste en la responsabilidad que tienen los jefes de servicio de participar en las actividades de capacitación y enseñanza a los médicos residentes que debe incluir aspectos de ética médica y de bioética, para generar actitudes y comportamientos que mejoren la relación con sus pacientes.

El Mtro. José Ma. Alonso Aguerrebere formula una definición práctica de Bioética a partir del análisis de su origen y desarrollo histórico.

La Dra. Maura Castañeda Iñiguez hace una

reflexión en torno a la ética que debe regir el trabajo intelectual, en la que involucra aspectos referentes a quién debe recibir el crédito de Autor. Los dilemas éticos en la distinción de “autoría por contribución” o la de “autoría fantasma”.

La bioética también se ejerce en la práctica clínica odontológica. En un artículo interesante los autores abordan una alternativa abierta basada en el diálogo y en la comprensión de evidencias, proporcionando herramientas para dar solución a dilemas éticos que enfrentan los odontólogos.

En la sección “Perspectivas Médicas y Reporte de Casos”, un grupo multidisciplinario de autores reflexiona sobre los dilemas del médico ante el secreto profesional en personas con VIH/SIDA; sobre los elementos éticos, administrativos y legales a partir del análisis de un caso concreto.

El M. en S.P. César Humberto Botello Ortiz, en el apartado “Fuente Informativa en Bioética”, da a conocer la Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos, misma que establece los principios universales que sirven de fundamento para una respuesta a los dilemas y controversias que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente.

De igual manera, se incluyen las reflexiones sobre la libertad humana del Pbro. Lic. Jonás Jaime Pedraza, en la que menciona que existe una convergencia entre la inteligencia, la voluntad, la

memoria, la sensibilidad, las condiciones heredo-familiares y la sociedad para el ejercicio de la capacidad de elegir y de auto-determinarse como ser humano.

Así, estos son los escenarios con los que presentamos este cuarto número de la Revista “Bioética y Salud” con la

seguridad que será de gran interés para todos nosotros.

Es mi deseo que, a partir de la lectura de los artículos aquí contenidos, se reflexione sobre el papel que tiene la bioética en nuestra práctica clínica y laboral cotidiana como herramienta de mejora.

Secretario de Salud del Estado de México



Contenido



Presentación	01
Editorial	03
La Bioética en los Servicios de Salud del Estado de México	06
Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas	

Diálogo bioético

La enseñanza de la Bioética en la unidad hospitalaria	11
Dr. Jesús Luis Rubí Salazar	
Orígenes, factores y génesis de la Bioética, la ética civil como fundamento	16
Mtro. José Ma. Alonso Aguerrebere	

De la ciencia a la conciencia

Reflexiones en torno a la ética en la definición de autorías	35
Dra. Maura Sara Castañeda Iñiguez	
El papel de la odontología en el sistema de salud actual desde una perspectiva Bioética	39
E. en PMF. Karla Gabriela Ocampo García	
Dr. en Ep. Alberto Salgado Valdés	
M.A.S.S. Felipe González Solano	

Perspectivas médicas y reporte de casos

Dilemas del médico ante el secreto profesional y la confidencialidad en pacientes con VIH/SIDA	45
Dr. José Luis Téllez Becerra, E.E. Guadalupe López Beltrán, Dra. Ana María Millán Velázquez, Dr. Yisvanth Pérez Ponce, Dr. Alberto Domínguez Cadena, Lic. Yolanda Colín Escamilla, Mtra. Brenda Rodríguez Aguilar y Lic. Manuel A. Chable García	

Fuente informativa en bioética

Declaración universal sobre bioética y derechos humanos	54
M. en S.P. César Humberto Botello Ortíz	

Espacio libre y cartas al editor

Reflexiones sobre la libertad humana	65
Pbro. Lic. Jonás Jaime Pedraza	

Lecturas recomendadas

Dra. Alma Cuevas George	68
-------------------------	----

Resúmenes XIV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud	71
M. en S.P. Claudia Lorena Vargas Alemán	

Normas para la presentación de colaboraciones	77
--	----



La Bioética en los Servicios de Salud del Estado de México



Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas *

La bioética, desde una perspectiva institucional, nace a partir de la década de los setenta como una valiosa herramienta en la formulación de planes y programas sanitarios.

Expertos en la materia, acuerdan que la institucionalización de la bioética sucede a partir de dos elementos:

1- Por una parte, las Normas Técnicas, como un conjunto de procedimientos para su examen y su legitimación consensual, basadas en el diálogo, posibilitando la formación de comisiones locales, nacionales y estatales, y diversos comités.

2- Y por otro lado, una Reflexión Moral sobre las implicaciones, los factores condicionantes y el impacto de la investigación biomédica y psicosocial, así como sus íntimas relaciones con el bienestar humano, la preservación del medio ambiente y la justicia social (Lolas F.).

Para la operación de los programas de bioética en general, las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud proponen articular temáticamente el trabajo de las unidades y representaciones en cada país, con énfasis en una estrecha colaboración con entidades locales, tanto públicas como privadas. Proponen realizar:

- Actividades de fomento,
- Apoyo y servicio que se traduzcan en

colaboración para la capacitación de personal,

- Difusión de información pública,
- Análisis de la situación ética en investigación y servicios de salud,
- Examen de los planes de estudio y las normas de ejercicio profesional, y
- Asesoramiento en planes y programas específicos.

En nuestro país, la Secretaría de Salud federal, a través de la Comisión Nacional de Bioética participa en el MOVIMIENTO UNIVERSAL DE LA RESPONSABILIDAD BIOÉTICA, que obliga a un proceso dialéctico del conocimiento científico y de las reflexiones morales, en consonancia con nuestras leyes y principios.



El Programa Nacional de Salud, incluye estrategias específicas para el fomento de la cultura bioética. El programa de acción específico incluye: la operación de comisiones estatales, el compromiso de generar los recursos informativos para favorecer la cultura bioética en los

*Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México

trabajadores de la salud, y los aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios.

Lo anterior sirve de marco referencial a las guías específicas de operatividad de las unidades del Sector Salud, las instituciones formadoras de personal para la salud, y las instituciones universitarias y de enseñanza superior afines (Programa Nacional de Salud 2007-20012).



El establecimiento formal de la Bioética en el Estado de México inicia en 2003, con el establecimiento del Comité de Bioética Estatal dependiente de la Secretaría e Instituto de Salud del Estado, en el que fueron incluidos representantes de los sectores salud, educativo, medio ambiente, social y religioso.

El día 16 de marzo de 2005, en Sesión de Consejo Estatal de Salud se instala la Comisión de Bioética del Estado de México (COBIEM), en la que se incluye a las Comisiones de Derechos Humanos y Arbitraje Médico del Estado de México y la Academia Mexiquense de Medicina. Este cuerpo colegiado estatal tiene como invitados permanentes: un experto en filosofía, un abogado y un representante de la sociedad.

En respuesta a la necesidad de contar con un foro académico-práctico para la discusión de los problemas éticos, del

impacto de los avances tecnológicos en medicina, biomedicina e investigación, y de la importancia creciente del acceso a los servicios de salud y la distribución de los recursos, se instala el Comité de Bioética en el Instituto de Salud del Estado de México (COBISEM).

El principal objetivo de este comité es el de fortalecer el discurso centrado en la protección de la dignidad de las personas y favorecer el desarrollo de una cultura bioética en la Institución y en nuestro Estado. Las principales acciones del comité se realizan a través de los Comités de Ética y de Bioética, instalados por norma en todos los hospitales del ISEM. Asimismo, en las instituciones que conforman la Comisión Estatal, se han instalado Comités Institucional similares (de Bioética y de Ética en Investigación).

La Comisión Estatal tiene comunicación permanente y participación en estos comités. Como resultado, en nuestro estado tenemos un Catálogo de Comités Hospitalarios de Bioética, en el que describen sus características, objetivos, metas y logros.



En materia de diseño, implementación y divulgación de políticas y normas relacionadas con la bioética en el estado, cabe destacar que la Comisión

publicó en 2005 y 2006 en la Gaceta del Gobierno los manuales de Operación y Funcionamiento de los Comités Institucionales e Intrahospitalarios y de Organización y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética del ISEM. Recientemente, la Comisión publicó en Internet el Manual de Procedimientos y Lineamientos de Operación Internos de los Comités, junto con su Programa Anual de Actividades, para facilitar el acceso a la información a todos los integrantes del sector salud del estado.



La aplicación de la bioética a nivel estatal, no sólo debe limitarse a su difusión, sino que debe constituirse como una herramienta complementaria de todos los programas sanitarios, como medio para facilitar la interacción entre agentes y actores del sector cuando se abordan los problemas del “sostenimiento ético de las decisiones en salud” y de la “vulnerabilidad moral” de los ciudadanos (Lolas F.).



Un medio importante no sólo para la difusión, sino para propiciar ésta interacción y debate, ha sido la Revista “Bioética y Salud”. Con publicación semestral y registro ISSN, reconocida como innovadora en el país. Cabe mencionar que el acceso a la revista es gratuito a través del portal de Internet de la Secretaría

de Salud estatal. El principal eje en el diseño e implementación de políticas sanitarias relacionadas con la bioética a nivel estatal es la promoción del uso de herramientas y métodos propios de una inter-disciplina integradora, basada en el diálogo, el pluralismo y la tolerancia.

Cabe destacar que como resultado de lo anterior, la Comisión organiza actividades de fomento y de capacitación impartidos en conjunto con profesores de la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Anáhuac y la Universidad Complutense de Madrid. Asimismo, se ha desarrollado una vasta labor de difusión e intercambio entre distintos grupos profesionales mediante conferencias, seminarios y talleres; cinco Encuentros Nacionales de Bioética y uno a nivel Estatal, en los que hemos contado con la participación de la Secretaría del Medio Ambiente y representantes de algunas Secretarías de Salud de otros estados, entre otras actividades de la misma naturaleza: diplomados, cursos en línea y presenciales.



Además de las tareas antes descritas, la Comisión asesora a las unidades médicas del ISEM en temas de bioética, investigación y lo relacionado a la materia.

En colaboración con la Unidad de Informática estamos implementando la “Red Hospitalaria de Bioética” y la “Plataforma para la Capacitación Permanente en Línea”, con un avance al día de hoy de alrededor del 70%. La asesoría es permanente y su objetivo es vincular a los expertos con los usuarios, que resulte en apoyo en el momento crítico para la toma de decisiones, mismas que se convertirán en legítimas directrices, basadas en el consenso y el diálogo.



La conciencia pública en el discurso bioético generará sobre los temas prioritarios, las necesidades en salud y el acceso al bienestar, son parte de un movimiento social necesario que, aunque se produjera espontáneamente, necesita ser orientado y dirigido por un cuerpo ordenado de principios y aplicaciones a temas concretos.

Es por lo anterior, que a través de la red pretendemos también identificar y establecer indicadores de desempeño y mínimos operativos para la evaluación y re diseño de las políticas implementadas.

Referencias Bibliográficas:

Lolas Stepke Fernando, Organización Panamericana y Mundial de la Salud OMS/OPS.

Programa Nacional de Salud 2007-20012, Gobierno Federal.

La Comisión Nacional de Bioética, órgano rector de la materia en el País, guía la actuación de la Comisión de Bioética de México, quien define las modalidades de organización y lineamientos de operación estándar aplicables al país.

Las acciones hasta ahora implementadas en el Estado de México para la difusión y el desarrollo de políticas y normas bioéticas, han sido decididas y firmes, pero al mismo tiempo guiadas por la búsqueda de consenso y basadas en soluciones probadas a nivel nacional e internacional.

En el Estado de México estamos muy orgullosos de nuestros programas de bioética, ejemplo de nuestra obligación de mejorar la experiencia de médicos, enfermeras, pacientes y familiares con el sistema estatal de salud y su respuesta a los retos tecnológicos y científicos que la salud representa.



Programa de Acción Específico 2007-2012, Estrategia para el fomento de la cultura bioética, Gobierno Federal.

Comisiones Estatales de Bioética, Lineamientos Operacionales, Gobierno Federal.

Diálogo Bioético



La enseñanza de la bioética en la Unidad Hospitalaria

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar *

Los sistemas de salud donde actualmente nos desenvolvemos están cambiando y los médicos se deben adaptar a estos cambios. La participación del paciente en las decisiones sobre su tratamiento y el papel importante del consentimiento informado para realizar los procedimientos debe ser aceptado. El respeto a la autonomía, a la dignidad, a la confidencialidad en el manejo de los datos y la privacidad debe ser motivo de atención. Todo esto forma parte del pensamiento contemporáneo, que consiste en aplicar los conocimientos y aptitudes con criterios de beneficencia, autonomía, justicia y responsabilidad. Así mismo, también es requerida la más amplia información y preparación científica en la formación de los médicos para el óptimo “bien hacer”, poniendo todo su

talento para procurar la integridad de sus pacientes y su calidad de vida; como la que ellos desearían para sí mismos (Gracia D. 1998).

Por otra parte, las instituciones de salud, a través de sus unidades hospitalarias, participan activamente en la formación de nuevos especialistas de la medicina, con el compromiso de tener especial cuidado en mantener calidad educativa y proporcionar la infraestructura necesaria para la adecuada formación académica, y garantizar así médicos especialistas con alto nivel profesional, científico, humanístico y técnico, capaces de resolver la problemática de salud de la población.

Las unidades hospitalarias, a través de



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

los responsables de servicio, tienen el deber de participar en las actividades de enseñanza, de actuar con plena conciencia de que los médicos residentes merecen recibir la capacitación más apropiada. Esta capacitación debe incluir aspectos de ética médica y de bioética, así como de aspectos legales que sean relevantes en la práctica de la especialidad que se trate.

El reto de estos profesionales es transmitir una visión interdisciplinaria sobre un ámbito específico del conocimiento de la práctica médica y a su vez generar actitudes y comportamientos en la relación con sus pacientes, donde se hace necesario desarrollar reflexiones justas, honestas y conscientes, sobre su actuar, favoreciendo la autoevaluación para realizar una óptima práctica médica (Velasco-Suárez M. 1997).

En esta etapa de residencia hospitalaria es especialmente importante darles a conocer también la normatividad vigente.

En México las residencias médicas se encuentran normadas en el Reglamento Interno para Médicos Residentes de la Secretaría de Salud, 2009, mismo que en su contenido trata puntos del comportamiento ético de los médicos en formación. En el Capítulo Tercero, en el rubro de Obligación de los Médicos Residentes, establece que los alumnos de cursos de especialización de las unidades receptoras de médicos residentes de la Secretaría de Salud, deberán mantener un trato amable y respetuoso hacia sus superiores, iguales, subalternos, los pacientes y familiares; asimismo en el segundo párrafo menciona que debe interactuar productivamente con el personal del equipo de salud, procurando

la superación permanente de su quehacer médico en relación con las actividades asistenciales a los pacientes; en este contexto otra obligación es manifestar una conducta honesta, responsable, razonable, ética y de calidad permanente en cada una de las actividades que desempeña.

En ese mismo documento en el Capítulo Cuarto, se establecen los derechos de los médicos residentes, mismos que están señalados en la NOM-090-SSA1-1994.

De igual manera en el Capítulo Quinto se establecen sus obligaciones, entre las que destaca mantener un trato amable y respetuoso hacia sus superiores, iguales, subalternos, los pacientes y familiares; así como participar activamente y con responsabilidad creciente en las actividades de atención médica que le correspondan, según la especialidad y el año académico que cursa, siempre sujeto a las indicaciones y supervisión del residente de mayor jerarquía y médico adscrito al servicio.

Finalmente en el Capítulo Octavo se tratan las faltas, sanciones y cancelación definitiva del nombramiento, entre las que sobresale el incurrir en faltas de respeto o actos de violencia hacia sus superiores, compañeros, el personal de salud, los pacientes o familiares. Además de comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia la integridad de las personas, instalaciones y equipo de la unidad médica y transgredir las normas de ética profesional, los reglamentos internos de las unidades receptoras de médicos residentes de la Secretaría de Salud y otras disposiciones establecidas en el presente reglamento (Reglamento 2009) (Nom-090-SSA1-1994).

En este contexto la práctica médica, incluyendo el periodo de formación en la residencia hospitalaria, exige mayor conocimiento y aplicación de la bioética, para servirse prudentemente de los avances científicos y tecnológicos; hoy día, el médico en formación debe estar informado también en temas como la ética, no solo como rama de la filosofía moral, sino como salvaguarda auténtica de la dignidad humana y de las obligaciones del médico para hacer siempre el bien. Así mismo, de temas como la deontología médica, que es vista como una guía de responsabilidades que debe asumir el médico con los pacientes y con la sociedad en general.



Escobar J. en la obra: *Elementos para la enseñanza de la Bioética*, menciona que la enseñanza de la ética clínica ha evolucionado al campo de la bioética, desde la relación médico-paciente, hasta el cuidado del medio ambiente, en donde se tratan cuestiones de dilemas éticos de las instituciones y sistemas de salud. Puntualiza que el mayor desarrollo en la docencia, la producción de libros y artículos se ha encaminado hacia la bioética clínica, pero las propuestas

de una bioética global, centrada en la supervivencia en un mundo pluralista y complejo, merecen una reflexión juiciosa, pensando en la enseñanza de la misma (Escobar J. 1998).

Diego Gracia puntualiza que la bioética es una nueva disciplina académica que ha sido, de entre todas las humanidades médicas, la que más se ha desarrollado, y probablemente la que más exige de los planes de estudios de medicina, para dotar a sus alumnos de las competencias que les permitan manejar los conflictos de valores de una relación clínica auténticamente democrática (Gracia D. 1987). Para definir estas competencias, se debe hacer desde dos niveles: el pre-clínico y el clínico, dirigiendo el aprendizaje basándolo en “problemas concretos” para enseñar de la mejor manera al profesional a tomar decisiones fundamentadas (Couceiro-Vidal).

Por lo tanto, existe un amplio campo de contenidos, tanto por la materia en sí misma, como por su abordaje desde muy diferentes disciplinas. En este ámbito, existen varias propuestas respecto de los contenidos que deben abarcar, sin embargo a continuación presento los objetivos docentes que Francisco León refiere en su texto como propuesta de Abel Francesc y que deben orientarse en torno a los tres ejes siguientes:

1)Desarrollo progresivo de la competencia profesional.

2)Armonización entre los valores del conocimiento técnico científico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona.

3) La sinergia necesaria entre los objetivos de la política sanitaria y la forma como se instrumentan los medios o recursos para llevarla a cabo (León F. 2008).

Como podemos observar, ha llegado así el momento de introducir la razón bioética en las distintas prácticas clínicas y quirúrgicas. Como lo expresa Francisco León: "...acentuando el *"éthos"* a la par del *"lógos"* en la formación del discurso biomédico: *"ginecoética"*, *"neuroética"*, *"oftalmoética"*, etc. títulos que apuntan a las tres mayores líneas de avance de la revolución biológica: la reproducción, la herencia y el sistema nervioso..." (León F. 2008).

Lo anterior, denota la intromisión de la bioética en la medicina para interesarnos por los valores que se deben resaltar en los estudiantes de posgrado, para comprender mejor las posibilidades y los límites de su educación moral.

Nuestra obligación como formadores, es participar activamente en su aprendizaje bioético, ético clínico y normativo, estar con ellos en sus prácticas, a través de tutorías con grupos pequeños; añadir la formación en bioética como una necesaria competencia del profesional de la salud, proporcionando elementos de juicio para comprender los debates en este sentido que se producen en la unidad hospitalaria.

Para la introducción de la bioética en la formación hospitalaria se debe seguir el esquema utilizado en la mayoría de los programas de posgrado en esta materia, misma que parte de su fundamentación y metodología, con contenidos teóricos y prácticos de esta disciplina, también llamada ética aplicada.



Diego Gracia propone tres pasos en la formación de pregrado en medicina:

a) *La ética básica*, al comienzo, debe estudiar con una cierta detención y profundidad el tema de los juicios morales y el modo como pueden fundamentarse.

b) Después, con la articulación entre *"juicios"* y *"principios"* en un camino de ida y vuelta: desde los juicios a los principios, da lugar al problema de la *"fundamentación"*, y el camino contrario, de los principios a los juicios, al problema de la *"metodología"*.

c) Finalmente, el tercer paso está definido en el *periodo clínico*, donde la ética médica debe ser naturalmente clínica o aplicada y también la ética profesional o deontología médica debe estar presente antes de terminar la formación profesional (Gracia D. 1998).

El periodo clínico consiste en fundamentar el aprendizaje en casos de la práctica clínica, que les permita descubrir, no sólo métodos de resolución y decisión, sino también las actitudes que el equipo de salud tiene con los pacientes; ejercicios en los que se relacione lo que se le enseñó con lo que suele pasar en sus prácticas.

Darle las herramientas para que pueda realizar adecuadamente la narración de los casos clínicos, que aprenda a identificar los casos donde existen dilemas éticos, así como la forma en que se debe presentar ante el Comité de Bioética Hospitalario. Desarrollar tutorías con casos en donde existan dilemas ético-clínicos, de esta forma integrar la ética con la práctica clínica (Salomone G. 2006).

En resumen, todos sabemos de la importancia que tiene la bioética en la práctica clínica, de la necesidad actual de capacitar a los médicos en formación en esta disciplina, no olvidando por supuesto instruir y capacitar a los docentes, principalmente desarrollar en ellos actitudes con sus alumnos y la coherencia entre lo que enseñan y lo que practican.

Referencias Bibliográficas:

Abel F. (1999). *Bioética: diálogo interdisciplinar*. Cuadernos de Bioética; 37(1): 11-16. Referencia de Escobar J. 1998. Elementos para la enseñanza de la Bioética. Bogotá: Universidad El Bosque.

Couceiro A. - Vidal M. (2005). "*Racionalidad axiológica de la práctica tecnocientífica*", Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. Trabajo realizado dentro del proyecto de investigación ref. HUM2005-02105/FISO, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Escobar J. (coord.) (1998). *Elementos para la enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Universidad El Bosque.

Gracia D. (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: Editorial El Buho; 175-183.

Gracia D. (1987). *La bioética, una nueva disciplina*

académica. JANO; 33: 309-13.

León C. F. (2008). *Enseñar Bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores*. Revista selecciones de bioética, octubre.

Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud, NOM-090-SSA1-1994.

Reglamento Interno para Médicos Residentes de la Secretaría de Salud, 2009.

Salomone G, Domínguez ME. (2006). *La transmisión de la ética: clínica y deontología*. Volumen 1. Fundamentos. Buenos Aires: Letra Viva; 173.

Velazco-Suárez M. (1997). *Temas de Bioética*, Comisión Nacional de Bioética, México. pp.18.

Orígenes, factores y génesis de la Bioética, la ética civil como fundamento



Mtro. José Ma. Alonso Aguerrebere *

Para iniciar el estudio acerca de la bioética es conveniente describir su origen, mediante un recorrido en los principales hitos de su historia hasta el presente, los principales factores en su génesis, hasta llegar al inicio de la bioética propiamente; la ética civil como fundamento para una bioética actual, pero abierta al diálogo, para así poder llegar a una definición, por lo que a continuación se presentan los siguientes aspectos.

I- Principales hitos en la historia de la bioética -hasta el año 2000 d. C.

El hacer un recorrido por los principales logros en el caminar histórico de la construcción de la bioética resulta conveniente para comprender como la cultura y la civilización, mediante sus logros y contradicciones, van aportando al desarrollo y crecimiento bioético, en el cuidado, desarrollo y bienestar de los seres humanos.

Se toman en cuenta algunos hechos y acontecimientos que han aportado al desarrollo de la bioética: (Abel F. 2001, 2009; Gafo J. 1997; Garzón F. 2000)

- S. VI-V a. C. *Juramento de Hipócrates*, base ética-deontológica de los médicos occidentales a lo largo de los siglos.
- S. I a. C. *Juramento de Iniciación de Caraka Samhita* en la India.
- S. III d. C. *Juramento de Asaph*, dentro del mundo judío.

- S. X. d. C. *Consejo de un médico*, que procede de la medicina árabe.
- S. XVII d. C. *Los cinco mandamientos y las diez exigencias* de Chen Shih-Kung dentro de la cultura china.
- S. XIX d. C. se empezaron a usar en occidente los términos: *deontología médica, moral o ética médica, asociaciones o colegios médicos, códigos deontológicos*, entre otros.



- 1803. el médico inglés Thomas Percival escribe *Medical Ethics*.
- 1901. El Estado de Indiana (E. U. A.) promulgó una ley eugenésica sobre esterilización obligatoria de criminales y deficientes (en 1931 treinta Estados de E. U. A. tenían leyes de esterilización obligatoria).
- 1914. Sentencia del juez Cardozo sobre el "derecho a la autodeterminación de los pacientes", será la base del *Consentimiento Informado* en la jurisprudencia norteamericana.

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

-1924. Ley de inmigración que limitaba la entrada a E. U. A. a sujetos provenientes del este o del sur de Europa por ser *biológicamente inferiores*, mientras que favorecía la admisión de gente proveniente del norte y oeste de Europa (impulsada por la *Eugenis Office*, fundada en 1910). Hitler publica *Mein Kampf (Mi Lucha)*, donde aparece la doctrina de la *pureza de la raza aria*.

-1933. Se aprobó en la Alemania Nazi la ley de *higiene racial*.

-1935. Se creó en Londres la primera de las Asociaciones para una *Muerte Digna*.

-1945. Al terminar la Segunda Guerra Mundial, finalizan los campos de concentración nazis. *Juicio de Nüremberg* a médicos nazis. Se publica el *Código de Nüremberg*, que destaca el consentimiento informado en la investigación médica.

-1948. *Declaración de Ginebra*, actualización de la ética hipocrática. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, base de los derechos humanos.

-1949. *Código Internacional de Ética Médica*.

-1960 - 1970. Movimientos sociales y de reivindicación de los grupos vulnerables durante los años sesenta.

-1962. Discernimiento de candidatos a hemodiálisis en Seattle, E. U. A., confiada a un grupo plural de personas, base de los futuros *comités de bioética*.

-1964. *Declaración de Helsinki*, actualización de las normas éticas que deben guiar la experimentación con humanos (con sucesivas modificaciones).

-1966. Se publica un artículo en E. U. A. que objeta éticamente los experimentos humanos, como la inoculación del virus de hepatitis a niños con deficiencia mental.

-1967. El Dr. Christian Barnard realiza el primer trasplante de corazón en la ciudad de El Cabo, Sudáfrica.

-1967. La Facultad de Medicina de Hershey,

Pennsylvania, imparte la *Ética Médica*.

-1968. Movimientos de protesta de los jóvenes en varias partes del mundo.

- 1969. Se fundó el *Hasting Center* en E. U. A.

-1970 - 1980. En la década de los setenta surgieron movimientos feministas, ecologistas, entre otros.

-1970. Se saca a la luz el experimento en Tuskegee, Alabama, en que se negó el tratamiento con antibióticos a individuos de raza negra afectados por la sífilis durante varios decenios para poder estudiar el curso de esta enfermedad.

-1971. Rensselaer Van Potter publica su libro *Bioethics: a Bridge to the future*; por su parte, André Hellegers funda en la Universidad de Georgetown el *Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*.

-1972. Publicación de la *Carta de los Derechos de los Enfermos*, de los hospitales privados de E. U. A.

-1972. I *Conferencia Mundial sobre el Medio Ambiente*, Estocolmo, Suecia. *Informe Meadows* "sobre los límites del crecimiento".

-1973. Se publica la revista *Hasting Center Report*.

-1973. Se declara legal el aborto en E. U. A., en medio de debates entre partidarios (*pro-choice*) y contrarios (*pro-life*).

-1974 - 1978. Se crea en E. U. A. la *Comisión Nacional* para definir las directrices que deben presidir la experimentación en seres humanos.

-1975-1976. Caso Karen A. Quinlan, joven en estado de coma, a la que se le reconoce *derecho a morir en paz*.

-1978. El *Informe Belmont* tomó en cuenta las deliberaciones de la *Comisión Nacional*. El trabajo será continuado por la *Comisión Presidencial*.

-1978. Se publicó la *Encyclopedia of Bioethics* en E. U. A.

-1978. Nació la niña Louise Brown, mediante técnicas de reproducción humana asistida.

-1980. Década de los ochenta. Se consolidó la Bioética en E. U. A., muchos hospitales cuentan con su Comité de bioética. Estas tendencias se extiende por otros países. La bioética se enseña en las Escuelas de Medicina, con centros especializados y publicaciones.

-1980. A partir de esta década se desarrolla el SIDA; gran impacto en la sociedad mundial.

-1981. Debate en torno a *Baby Doe*, un neonato afectado, que exigía una urgente intervención quirúrgica.

-1980-1990. En el ámbito católico décadas de publicación de documentos: *Donum Vitae*, 1987, (técnicas de procreación humana asistida); del *Catecismo de la Iglesia Católica*, 1992; y la Encíclica *Evangelium Vitae*, 1995 (aborto y la eutanasia).

-1986. Nació en E. U. A. *Baby M.* fruto de la inseminación artificial en una madre por encargo, en medio de polémicas ético-legal entre las partes interesadas.

-1989. Diego Gracia publicó su libro *Fundamentos de Bioética*.

-1990. Década de controversias acerca de la legalización de la eutanasia en diversos países del mundo.

-1992. II Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo y Medio Ambiente, o Cumbre de la Tierra en Río de Janeiro.

-1994. Convenio Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

-1994. Conferencia sobre Población y Desarrollo en el Cairo.

-1997. Se logró la clonación por primera vez en un mamífero, la oveja *Dolly*.

-1997. Protocolo de Kioto sobre la limitación de gases con efecto invernadero.

-1999. Declaran culpable al Dr. Muerte, Jack Kevorkian (eutanasia).

II- Factores en la génesis de la bioética

En la génesis de la bioética han influido, y siguen influyendo, un conjunto de factores que han dejado, y siguen dejando, su peculiar impronta en la configuración de esta nueva área de la interdisciplinariedad científica. Se destacan a continuación varios de dichos factores.

1- Los avances científico-técnicos en las ciencias biológicas y médicas.

El factor decisivo en la configuración de la bioética se fundamenta en los rápidos avances de las ciencias biológicas y médicas; piénsese por ejemplo, en las siguientes posibilidades, entre otras (Vidal M, 1991, 1994):

-*La ingeniería genética*, aplicada a la biología humana, con la orientación no sólo de solucionar enfermedades genéticas, sino también, aunque sea todavía de modo hipotético, de manipular la especie humana.

-*Las técnicas de reproducción humana asistida*: la inseminación artificial (*intra* o *extra* conyugal), con almacenamiento, clasificación y distribución de semen y óvulos humanos; la fecundación artificial, con la implantación de embriones en el útero propio o ajeno, y con la congelación y manipulación de embriones humanos; la clonación.

-*Las nuevas fronteras en el trasplante de órganos* (hígado, páncreas, corazón, cerebro...) y en las *intervenciones* sobre los *estados intersexuales* y sobre la *transexualidad*.

-*Los progresos técnicos* en la práctica de la *reanimación* (problema de la eutanasia y adistanasia), en la *diagnosis prenatal* (aborto eugenésico), en la *esterilización* y en la *contracepción*.

Nos encontramos ante una auténtica *revolución biológica*. La nueva situación lanza un reto a la humanidad. Dicho reto puede ser expresado con la pregunta: ¿todo lo que se puede (técnicamente) hacer se debe (éticamente) hacer? Se trata de la pregunta sobre la relación entre técnica y ética, entre ciencia y conciencia del saber.

2- Los cambios operados en el concepto de salud y en la práctica médica.

Laín Entralgo concretaba en cuatro rasgos la situación actual de la medicina:

“La medicina de hoy es *actual* por la obra conjunta -y a veces conflictiva- de cuatro rasgos o notas principales:

- 1- Su extrema *tecnificación* instrumental y una peculiar actitud del médico ante ella.
- 2- La creciente *colectivización* de la asistencia médica en todos los países del globo.
- 3- La *personalización* del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración de la noción de persona en el cuerpo de la patología científica.
- 4- La *prevención de la enfermedad*, la *promoción de la salud* y el problema de si es técnicamente posible una *mejora de la naturaleza humana*” (Laín E. 1973).

En la práctica médica actual están emergiendo sensibilidades y valores que han de tener traducción en las consideraciones éticas y en los ordenamientos jurídicos (Vidal M. 1991, 1994):

- La autonomía del enfermo, el *respeto a su libertad*.

- Los derechos del paciente* (derecho a rechazar el tratamiento, compensación por la deficiente asistencia médica, derecho del enfermo sobre las historias clínicas...).

- Ante la creciente deshumanización de la medicina surge el anhelo y la búsqueda por una *práctica médica al servicio del hombre*.

Por otra parte, la dimensión social de la medicina origina nuevas posibilidades y nuevas ambigüedades. La ética se siente interpelada por varios frentes (Vidal M. 1991, 1994):

- La fijación de las necesidades y de las *prioridades sanitarias*, que no puede ser confiada exclusivamente a médicos y políticos sino que requiere la participación de toda la comunidad social (comités interdisciplinarios y comunitarios).

- El *discernimiento entre los diversos sistemas de salud*, cuyos criterios inspirativos y cuyas opciones operativas han de ser sometidos a la interpelación moral.

- La denuncia del espíritu *consumista* en el área de la salud, que se traduce en la creación de necesidades artificiales y en el uso indiscriminado de medicaciones innecesarias y hasta nocivas (con continuos anuncios de las compañías farmacéuticas en los medios de comunicación).

Por otra parte el concepto de salud ha adquirido una extensión notable. Implica, no solo la ausencia de *enfermedad* o la idea de *bienestar* sino también la realidad de la *calidad* de vida, así como la *realización integral* de la persona humana.

La promoción de la salud impone

tareas nuevas: alimentación, higiene, planificación familiar, medio ambiente, entre otras. Las interferencias de unas áreas con otras exigen el análisis valorativo y la concomitante reflexión ética.

3- Desconfesionalización y desdeontologización de la ética.

Durante mucho tiempo los problemas morales de la biomedicina han estado orientados y regulados por dos instancias: la moral religiosa y los códigos deontológicos (Avel F. 2001; Vidal M. 1991, 1994).

No es justo dejar de reconocer a estas dos instancias un papel decisivo en la historia de la ética de la biomedicina. Tampoco es signo de madurez científica proscribir como espurias toda referencia religiosa o toda codificación deontológica en relación con la ética actual de la vida humana. Son perspectivas dignas de ser tenidas en cuenta.

No obstante las apreciaciones precedentes, la bioética se ha configurado a partir de la *desconfesionalización* de la ética y liberándose del predominio de la *codificación deontológica*. Esto significa, desde el punto de vista positivo, que la bioética:

- Ha de apoyarse en la racionalidad humana secular y ha de ser compartida por todas las personas (ética de mínimos)
- Ha de situarse en el terreno *filosófico*, buscando un paradigma de *racionalidad ética* que se sitúe más allá del ordenamiento jurídico y deontológico y más acá de las convicciones religiosas (ética civil).

Sin embargo, Callahan (Gafo J. 1997) señala consecuencias negativas del abandono de las tradiciones religiosas. Entre otras están que las determinaciones jurídicas tienden a convertirse en la fuente compartida de moralidad para determinar lo que es ético o no lo es; el discurso bioético está perdiendo la sabiduría y los conocimientos acumulados por las grandes tradiciones religiosas; esta situación lleva a pensar que no pertenecemos a comunidades particulares, sino únicamente formamos parte de una comunidad general que expresa nuestro pluralismo, pero este pluralismo se convierte en una fuerza opresora que obliga a silenciar las propias convicciones y a tener que utilizar una especie de “esperanto moral”.

Lo anterior no significa que no se deba entrar en un diálogo ético plural, aunque manteniendo el ethos de su propia perspectiva. La apertura al diálogo puede resultar beneficiosa para todos. Por lo que en un contexto de una sociedad plural, debe construirse un “puente” (Potter, Hellegers) entre los diversos sectores que están reflexionando en torno a los temas bioéticos.

III- Los inicios propiamente de la bioética

Si bien el origen del neologismo Bioética puede atribuirse a Potter o Hellegers, el concepto del divorcio entre las culturas científica y humanística, así como sus principales puntos de apoyo no se deben a Potter, ni a Hellegers, sino a Charles Percy Snow, físico y humanista excepcional (Abel F. 2009 b).

Snow en 1956 trató en una conferencia de la necesidad de establecer el diálogo entre dos culturas que se ignoraban mutuamente, la científica y la de los

humanistas. Y en 1959 pronunció la Conferencia en Cambridge con el título *The Two Cultures and The Scientific Revolution*, que tuvo una amplia acogida, tanto en la prensa como entre los medios científicos. En el año 1960, además de sus trabajos en su propia Universidad, visitó y pronunció conferencias en las Universidades de Harvard, Berkley y Lomonosof, de Moscú. En 1964 publicó una revisión de la conferencia antes mencionada con el título *The Two Cultures and a Second Look. An Expanded Version*. En 1960 dio clases sobre las dos *culturas* y sus consecuencias en Harvard University.

Sin embargo propiamente la bioética, tal como la conocemos hoy, nace en los Estados Unidos, donde confluyen diversos factores que hacen necesaria la necesidad de encontrar respuestas satisfactorias a los problemas que plantean los progresos biomédicos y tecnológicos. En primer lugar, las posibilidades de los investigadores de disponer de los medios adecuados para la investigación básica o la aplicación práctica de nuevas tecnologías; en segundo lugar, la preocupación social creciente sobre los derechos de los pacientes; y, finalmente, el papel de los medios de comunicación social en la difusión de estos progresos y posibilidades de futuro que, como es lógico, despertaron el interés colectivo, con sus expectativas y temores, y los consiguientes debates con amplia repercusión pública (Abel F. 2009 a).

Ciertamente en sus orígenes la bioética se desarrolla en un contexto clínico aún cuando sus pioneros no pretendan inicialmente encerrarse solamente en la clínica sino abrirse a problemas más globales, Potter, al diálogo interreligioso, Hellegers, y a las políticas sanitarias y

participación ciudadana, Callahan, (Abel F. 2009 a). Estos tres se pueden considerar como los principales iniciadores de la bioética propiamente (Abel F. 2001, 2009 a).

Van Rensselaer Potter (1911-2001), bioquímico dedicado a la investigación oncológica en la Universidad de Wisconsin y humanista acuñó el término bioética, fusión de “Bios y ethos”, ética y costumbres, para indicar la necesidad del diálogo entre científicos y humanistas para preservar la humanidad de su propia destrucción por el incremento de la población y el exceso de consumo energético, por el agotamiento de recursos no renovables y el deterioro medioambiental. El título del artículo en el que primero dio a conocer el nombre de Bioética, *Bioethics: The Science of Survival*, 1970; y el libro *Bioethics Bridge to the Future*, 1971.

Teniendo en cuenta esos problemas llega a la conclusión de que es necesario combinar biología y humanidades para construir una ética de la supervivencia. Con esta perspectiva desarrolla su concepción del ser humano como sujeto activo y pasivo de una triple evolución: biológica, fisiológica y cultural. Potter busca en la biología y en la capacidad adaptativa cultural y ética, la posibilidad de supervivencia de la humanidad. Presenta un paradigma bio-psicosocial en el que los condicionamientos genéticos y ambientales condicionan también la percepción y la evolución de los valores.

El deseo de supervivencia y de mejorar la calidad de vida humana ha de motivar a todo el mundo a llevar una vida de “compromiso bioético”. Pide la adhesión a un credo bioético personal concreto

para superar los errores evolutivos y la necesidad de una Ética Global. El objetivo de la Ética Global es el de enlistar a “verdaderos creyentes” capaces de percibir la necesidad de futuro y de cambiar la orientación actual de nuestra cultura y que puedan influenciar en los gobiernos, en el ámbito local y global, para conseguir el control de la fertilidad humana, la protección de la dignidad humana y la preservación y restauración del medioambiente. Considera que estos son los requisitos mínimos para poder hablar de supervivencia aceptable contrapuesta a la supervivencia miserable.

En 1975, en el discurso *Humility with Responsibility* como Presidente del 66° Congreso Anual de la *American Association for Cancer Research* en San Diego (California), manifestó que su definición y concepto de bioética no se corresponde con lo que se ha desarrollado con el nombre de bioética, con una clara alusión a la del Kennedy Institute. Manifestó que desde un principio había contemplado la bioética como una nueva disciplina que combinara ciencia y filosofía y como permanente investigación de la sabiduría por parte de la humanidad, definiendo tal sabiduría como el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento. Nada hace pensar que Potter creyera que la bioética debía tratar los problemas éticos en la clínica, a menos que esta actividad fuera englobada en un contexto más amplio de mejorar la calidad de vida, que se ve amenazada por la población, el consumo y las agresiones al medio ambiente. El trabajo de Potter en bioética pasó inadvertido muchos años, por el hecho de que su filosofía no era conocida. En el año 1985, Potter vio parcialmente realizado su sueño, más cercano a la bioética medioambiental y

a los problemas de población, que a la clínica, con su aceptación de coeditar la revista *Global Bioethics*. En uno de sus artículos manifiesta que los médicos de salud pública han de ser los herederos o transmisores de su mensaje.

André Hellegers (1926-1979), holandés, emigró a los Estados Unidos a los 27 años, después de acabar la carrera de Medicina y la especialidad de Obstetricia y Ginecología, con un profundo conocimiento de Humanidades. Se distinguió como investigador en fisiología fetal, de las circunstancias que condicionan el crecimiento uterino retardado. Hellegers fue elegido Presidente de la *Society for Gynecological Investigation* y de la *Perinatal Research Society*. Si bien la fama de Hellegers como investigador en fisiología fetal fue notable, se ha visto eclipsada en el tiempo por su original aportación al diálogo bioético como diálogo ecuménico en el ámbito universitario.

En el año 1963 la *Fundación Kennedy* financió a Hellegers los trabajos como investigador en el *Johns Hopkins Hospital*, y un año más tarde le patrocinó en el mismo hospital un centro para estudiar los problemas éticos en el terreno de la reproducción humana. Cuando Hellegers fue nombrado profesor de Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Georgetown, animó a la familia Sargent Shriver-Eunice Kennedy a patrocinar el primer *Instituto Universitario de Bioética*, con el acuerdo del Rector de la Universidad de Georgetown, el P. Robert Henle s. j.

En 1971 se inauguró el *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* o *Kennedy*

Institute. Las características que desde el comienzo se quieren promover desde el Instituto es la ética como diálogo ecuménico con las ciencias entrase por la puerta grande en una Universidad y, todavía más, en una Universidad Católica. Entre los miembros del Consejo del Instituto, presidido por el honorable Sargent Shriver, estaba el profesor de Teología Moral de la Universidad Pontificia Lateranense: Bernard Häring; el profesor de Religión de Princeton: Paul Ramsey; el profesor de Genética de Stanford University: Joshua Lederberg, y el Premio Nobel: Jacques Monod, Director del Instituto Pasteur de París.

No hay ninguna duda de la huella de Hellegers en la estructuración del *Kennedy Institute* y de su orientación; el Instituto tendrá las secciones que deben entrar en diálogo: la Facultad de Medicina y, en particular la Cátedra de Obstetricia y Reproducción Humana y la Genética; el Centro de Bioética, dotado con tres cátedras de ética (católica, protestante y judía), y un Centro de Demografía y Estudios de Población. Cada una de estas divisiones tuvo un reducido y selecto número de investigadores y mantiene vínculos con la Facultad de Derecho y con la Facultad de Estudios Políticos y Diplomáticos (*Foreign Service*).

El énfasis en la reproducción humana, en todas sus vertientes, quedó fuertemente determinado por la propia biografía profesional de Hellegers y por dos hechos importantes: su nombramiento como miembro de la *Comisión sobre Población y Planificación Familiar* del Presidente Johnson y secretario general adjunto de la *Comisión Pontificia* para el estudio de la población y el control de la natalidad (1964). Las experiencias personales de

Hellegers en su infancia y temprana adolescencia, durante y después de la II Guerra Mundial, habían abierto su mente y corazón a las personas más necesitadas. Su nombramiento para la *Comisión Pontificia* extendió su interés por los problemas derivados del crecimiento de población, recursos disponibles, economía, y medio ambiente.

Deseó fervientemente el diálogo de la teología moral cristiana en general y católica en particular, ante problemas en relación a la natalidad, tanto en los aspectos de esterilidad, como de la utilización contraceptiva en circunstancias muy difíciles. Las conversaciones con teólogos, Obispos y Cardenales, le confirmaron que el diálogo bioético, de iniciativa secular, debía superar el escollo del trasfondo científico y teológico que impedía la mutua comprensión. La escucha selectiva, o las conclusiones lógicas para unos, no lo eran para otros, si no hacían un auténtico esfuerzo en profundizar las cuestiones científicas los teólogos y las cuestiones teológicas los científicos. Estos hechos marcarían la orientación en el *Kennedy Institute* y las características iniciales del diálogo bioético:

- Diálogo interdisciplinar entre científicos y humanistas, como metodología de trabajo.
- Racionalidad de los argumentos, poniendo entre paréntesis el criterio de autoridad.
- Conocimiento de que los nuevos problemas planteados por los progresos científicos necesitaban respuestas nuevas.
- Importancia del diálogo ecuménico para enriquecerse con la reflexión de las grandes tradiciones religiosas,

principalmente judías y cristianas, sin exclusión de otras en el futuro.

La idea inicial de Hellegers fue la de institucionalizar el diálogo bioético con la finalidad de explorar cómo podían iluminarse mutuamente los sistemas éticos herederos de la tradición socrática, con una tradición ética racionalmente estructurada. De ahí surgió la idea de la creación de las tres cátedras de ética arriba mencionadas. En resumen, André Hellegers, médico, buscó particularmente el diálogo de los médicos con los teólogos en un ambiente ecuménico.

Es mérito de André Hellegers haber impulsado el diálogo bioético teniendo en cuenta los problemas que se planteaban con los nuevos descubrimientos en todos los aspectos clínicos y éticos, sociales, filosóficos y teológicos, económicos y demográficos. Estaba convencido que en el futuro los grandes problemas se concentrarían en las dimensiones de distribución de recursos y justicia social. De aquí la necesidad de entrar en diálogo con la economía de la salud, los datos demográficos y los estudios de población. Consideró que si bien la iniciativa y el liderazgo tienen que venir de la medicina y de sus profesionales, los interlocutores tienen que provenir de las humanidades, especialmente de la ética filosófica y teológica.

En síntesis, Hellegers introdujo el término bioética en el ámbito académico y de las ciencias biomédicas, en la administración pública y en los medios de comunicación. También promovió el desarrollo de la bioética estimulando a otros a que escribieran estudios sistemáticos sobre el concepto o naturaleza de la misma. Fue así como la bioética se afirmó como

una disciplina académica nueva en la que los moralistas forman un frente común con los biólogos, filósofos y teólogos moralistas. Dicha tarea no fue fácil, en algún momento la ética estuvo a punto de quedar marginada. Este riesgo fue conjurado eficazmente bajo la influencia de Robert C. Baumiller, genetista, y Robert J. Henle S. J., a la sazón presidente de la Universidad de Georgetown. Gracias al trabajo de éstos, el enfoque biomédico prevaleció, al tiempo que la ética quedó definitivamente incorporada a la bioética como parte de su estructura fundamental.

Daniel Callahan con formación filosófica en Yale y Georgetown vive con inquietud las discusiones de la filosofía analítica imperante, las cuestiones metaéticas y desea que las preguntas fundamentales de la filosofía se orienten a dar respuestas a cuestiones profundamente humanas y con repercusión social y política para un mundo más justo. En el año 1970 publicó un libro sobre el aborto, *Abortion: Law Choices and Morality*, en el que trabajó durante dos años; y un año de 1967 a 1968 en calidad de residente estudiando los problemas éticos de los programas de limitación del crecimiento de la población en el *Population Council en Nueva York*, le ayudó a orientar definitivamente su formación hacia una ética aplicada. Las ciencias de la salud le parecen el terreno más adecuado tanto por la aceleración creciente de los progresos científicos, médicos y biológicos asociados a los tecnológicos, como por los recuerdos de su infancia, que a causa de repetidas infecciones le obligaron a ingresos hospitalarios en la era pre-antibiótica. Daniel Callahan, filósofo, busca el diálogo con los científicos.

Callahan, subraya la importancia de

clarificar los problemas éticos y delinear las políticas de gobierno con valores sociales consensuados. Con esta idea decide poner en marcha un centro que sirva para orientar esta tarea en el año 1969, en el que llevado por la preocupación y por los problemas planteados por los progresos médico-biológicos, y consultando a mucha gente, decide proponer a Willard Gaylin la creación de un centro para ayudar a clarificar problemas éticos e iluminar las políticas del gobierno (*public policies*) sobre estos temas y otros derivados, el *Institute of Society, Ethics and the Life Science*, más conocido como el *Hastings Center*.

En 1971 el Instituto publica el primer número del *The Hastings Center Report*, publicación bimensual bioética. En la editorial del primer número, Callahan explicó que su objetivo era el ayudar a la comprensión -de los profesionales y del público en general- de los problemas éticos y sociales derivados del progreso de las ciencias de la vida. Por esto es necesario conocer los hechos, valorarlos desde una perspectiva ética y estudiar los procesos de decisión. Sólo de esta forma podemos dar sentido a preguntas como el tratamiento jurídico del aborto, si la clonación humana puede ser buena o no y del condicionamiento psicológico de la conducta. Considera que en el mundo occidental los procesos de decisión se han movido por dos excesos: uno, por creer que la solución sólo puede venir de conclusiones lógicas sacadas de los grandes principios y axiomas; el otro, por creer que las conclusiones correctas surgen de la simple consideración de los datos empíricos. Callahan considera que una buena toma de decisiones necesita sensibilidad humana, principio iluminador y útil para el acceso a la información

adecuada y a métodos para sopesar y buscar el equilibrio entre diversas opciones posibles (razón y sentimiento, reflexión personal y discusión pública, buen criterio y fina sensibilidad).

En conclusión, Potter anunciaba una nueva disciplina, sin profundizar en ninguna cuestión epistemológica; Hellegers manifestaba que se trabajaba para llegar a definir la bioética como disciplina; pero es Callahan quien, a partir de la llamada "evidencia circunstancial", es quien defiende la bioética como disciplina.

IV- Lá ética civil paradigma para la bioética (Amor P. 2009; Cortina A. 1995; Vidal M. 1991, 1994)

La debilidad y la fuerza de la bioética dependen en gran medida de la teoría ética general en que se sitúan y fundamentan los planteamientos y las orientaciones. La bioética funciona dentro de un paradigma de racionalidad ética, el cual le proporciona el marco de referencia para los discernimientos y para las propuestas operativas.

Existen tantos paradigmas de racionalidad ética cuantas son las teorías filosóficas sobre la moralidad. En la bioética son aplicadas, con mayor o menor éxito, varias de dichas teorías.

1)- Paradigmas teleológicos.

En el mundo anglosajón prevalecen dos *paradigmas: el consecuencialista o utilitarista* y el de la *ética evolucionista*.

Según el paradigma *consecuencialista o utilitarista*, la moralidad se mide por los resultados de la acción, es decir, por la utilidad -individual y social- que resulta de una determinada acción (costo-beneficio).

El paradigma de la ética evolucionista, una de cuyas aplicaciones más cualificadas al campo de la bioética es la obra de Kieffer, hace coincidir la moralidad con aquellas condiciones que “minimicen el sufrimiento humano y maximicen aquellos valores humanos que eleven la supervivencia de la comunidad humana, la calidad de vida para toda la sociedad y el nivel de potencial humano para cada individuo” (Kieffer 1983; Vidal M. 1991).

Al fin de cuentas ambos paradigmas fundamentan la calidad de vida en un determinado estado de bienestar, de acuerdo a su manera de concebir la moralidad.

2)- Paradigmas deontológicos.

Junto a los paradigmas antes mencionados, existen otros de corte más *deontológico*. Son aquellos sistemas que apoyan la racionalidad ética sobre un *orden previo a la acción* e independiente de las consecuencias de ésta. La virtud en la vida moral para los griegos y Aristóteles, la teoría clásica de la ley natural de los estoicos, y el formalismo moral kantiano, son ejemplos cualificados del sistema moral deontológico.

3)- Hacia un paradigma pragmático con funcionalidad pública.

Sin pretender dirimir la discusión académica sobre el uso de uno u otro de los paradigmas éticos, la bioética para Vidal (Vidal M. 1991, 1994) necesita superar este planteamiento y optar por un marco referencial más concreto. De acuerdo con la situación secular y pluralista de la sociedad democrática, *la bioética ha de ser planteada dentro de una racionalidad ética demarcada por los parámetros de la*

democratización, del diálogo pluralista, y de la convergencia integradora.

Las exigencias de esa racionalidad son cumplidas por el paradigma de la *ética civil*. A continuación se *desglosa sumariamente el significado de este paradigma ético* (Cortina A. 1995; Vidal M. 1991, 1994).

3.1)- Nivel expresivo.

La expresión se compone de un sustantivo (*ética*) y de un adjetivo (*civil*). El sustantivo pone de relieve la expresa referencia al orden moral en cuanto tal. La *ética civil* por ser *ética* formula una peculiar instancia normativa de la realidad humana.

Dicha instancia normativa no se identifica ni con la normatividad convencional (civismo), ni con la normatividad de los hechos (sociología), ni con la normatividad jurídica (orden jurídico). Aunque no se opone en principio a estas normativas tampoco se identifica sin más con ellas. Es una instancia normativa superior en rango de apelación y en valía de valoración.

El adjetivo *civil* no es muy adecuado para expresar el contenido conceptual al que pretende aludir. Obviamente, no se opone a *militar* o a *clerical*. Tiene el mismo significado que *laica, racional, humana*. Se usa esta adjetivación por la carga sugerente que encierra (en la que no es ajena la resonancia roussoniana del paso de la *naturaleza* al estado *civil*) y porque de hecho la *ética civil* se refiere a la instancia normativa de la vida ciudadana o civil. Conviene, no obstante, advertir que la *ética civil* no se concreta únicamente en la moralidad social o profesional. Formula la dimensión moral

de la vida humana en cuanto ésta tiene una repercusión para la convivencia social o ciudadana en general.

3.2)- Nivel conceptual.

Se entiende por *ética civil el mínimo moral común de una sociedad pluralista y secular*. Hablar de ética es referirse tanto a la sensibilidad ética cuanto a los contenidos morales. Por eso la ética civil alude a la doble vertiente de *sensibilidad* y de *contenidos* morales de la sociedad.

La ética civil es la convergencia moral de las diversas opciones morales de la sociedad. En este sentido se habla de *mínimo moral* en cuanto que marca la cota de aceptación moral de la sociedad más abajo del cual no puede situarse ningún proyecto válido. Mirada desde otra perspectiva, la ética civil constituye la moral común dentro del legítimo pluralismo de opciones éticas. Es la garantía unificadora y autenticadora de la diversidad de proyectos humanos.

Para verificar esta noción se precisa apoyarla en la racionalidad humana. Pero no basta con esta estructura racional, ya que la misma racionalidad es la que da origen al pluralismo moral. Es preciso que esa racionalidad ética sea patrimonio común de la colectividad. Solamente se puede hablar de ética civil cuando la racionalidad ética es compartida por el conjunto de la sociedad y forma parte del patrimonio socio-histórico de la colectividad.

Únicamente entonces la racionalidad ética constituye una instancia moral de apelación histórica y se convierte propiamente en ética civil. Hay que advertir que la aceptación no se origina mediante

un superficial consenso de pareceres ni a través de pactos sociales interesados. En una realidad más profunda: se identifica con el grado de maduración ética de la sociedad. Maduración y aceptación son dos categorías para expresar la misma realidad: el nivel ético de la sociedad.

3.3)- Fundamentación.

Cuando se habla de la fundamentación de la ética civil hay que dar por supuesto la justificación racional de la ética en general. Situando, pues, la cuestión sobre esa base de la previa justificación de la ética en general, se puede afirmar que la fundamentación de la ética civil no descansa en cosmovisiones totalizantes ni en opciones partidistas, sino en la racionalidad humana y en el consenso ético del cuerpo social. Esta afirmación sumaria requiere una doble aclaración.

En primer lugar, la ética civil no puede apoyarse en cosmovisiones totalizantes, sean éstas signo religioso o de carácter laico (nazismo...). Por su misma condición, la cosmovisión arrastra factores que pertenecen al universo de las opciones y por lo tanto dependiente de decisiones que escapan al control de la racionalidad.

Por otra parte, la cosmovisión origina significados totalizadores para la existencia humana, ésta se siente totalmente significada por la omnipresencia significativa de la cosmovisión. La estructura y función de la cosmovisión choca frontalmente con la noción de ética civil: en cuanto *mínimo* ético no puede ser totalizadora y en cuanto *mínimo* ético *común* no puede depender de decisiones opcionales.

En segundo lugar, las opciones partidistas

tampoco pueden fundamentar el edificio de la ética civil. Ésta es la superación convergente del pluralismo social, mientras que las opciones partidistas expresan y justifican dicho pluralismo. En consecuencia, la racionalidad humana -y no las cosmovisiones opcionales- y el consenso social -y no las opciones partidistas- constituyen el fundamento válido y seguro de la ética civil.

3.4)- *Contenidos básicos.*

Los contenidos de la ética civil (Amor P. 2009; Cortina A. 1995; Vidal M. 1991, 1994) se constituyen mediante los acuerdos morales por encima de las divergencias del sano pluralismo ético y a veces en contra de lo dictado por el derecho positivo o por la conducta real de los individuos y de los grupos. Las convergencias éticas no son otra cosa que las estimaciones morales básicas o las preferencias axiológicas deducidas de la racionalidad humana. Conviene advertir que estas objetivaciones morales han de ser leídas y aceptadas críticamente, ya que no siempre contienen la auténtica verdad moral, y dinámicamente, ya que es necesario hacer avanzar cada vez más el nivel ético de la humanidad.

El *caudal moral* de la *ética civil* se constituye mediante la confluencia de diversos aportes:

- Uno de ellos es la sensibilidad moral de la humanidad. Dentro de esta sensibilidad, algunos valores tardan en surgir: negar legitimación ética a la esclavitud, la dignidad de la mujer; otros son afirmados globalmente pero rechazados parcialmente: valoración general de la vida y legitimación de la guerra justa; hay valores que sufren

oscurecimientos: la fidelidad conyugal o el respeto a la vida intrauterina; se advierten avances (valor de la igualdad, de la justicia, sensibilidad ecológica), se constatan estancamientos y hasta desviaciones.

- A la par de la sensibilidad moral de la humanidad hay que situar otro afluyente: la reflexión ética, como son las grandes corrientes de pensamiento (aristotelismo, estoicismo, kantismo).

- Las religiones con su sabiduría moral, como el budismo y el cristianismo:

“Provocan una transformación cultural marcada por cuatro directrices presentes también en todas las religiones:

- la no violencia y el respeto a la vida *ino matarás!*
- la solidaridad y la búsqueda de un orden económico justo *ino hurtarás!*
- la tolerancia y el compromiso por una vida vivida con veracidad *ino mentirás!*
- la igualdad entre derechos y hermandad entre varón y mujer *ino prostituirás, ni te prostituirás!”* (Cortina A. 1995).

- Así como personajes históricos cualificados originan valoraciones nuevas, las cuales al sedimentarse en la historia pasan al acervo común de la humanidad -los premios nobel de la paz (Cortina A. 1995).

- Es difícil hacer una exposición detallada de los contenidos morales que componen la ética civil del momento presente. Síntesis ellos pueden ser consideradas las declaraciones éticas que, con mayor o menor vinculación jurídica, se dan a sí mismos los grupos humanos y la sociedad en general.

Sobresale entre ellas la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que en el momento histórico presente constituye el contenido nuclear de la moral civil universal. En lo que se llaman las tres generaciones de Derechos Humanos (Cortina A. 1995):

-Los derechos humanos de la *primera generación*, de carácter libertario-individual, que se han consignado como *garantías individuales, libertades civiles*: de conciencia, de expresión, de asociación, de movimiento; *libertad política*: de participar en el gobierno de la comunidad en la que se vive, ya sea directamente, ya sea a través de sus representantes.

-Los derechos humanos de la *segunda generación*, de carácter solidario-social, consignados como liberación: del hambre, de la necesidad, de la ignorancia, de la enfermedad; que pueden lograrse satisfaciendo el derecho a la asistencia sanitaria, a la educación, a una casa-habitación, a un medio de vida digna (empleo), a seguridad en caso de enfermedad, desempleo, vejez, entre otros.

-Los derechos humanos de la *tercera generación*, consignados como la *solidaridad internacional*: derecho a la paz, a un medio ambiente sano -ecología-, a la calidad de vida.

Dentro de las estimaciones morales básicas no se pueden dejar de señalar las siguientes: el valor absoluto de todo individuo humano, la libertad como primer atributo de la persona, el postulado de la no discriminación (por motivo de raza, sexo, convicciones, etc.), la exigencia ética de la igualdad y de la participación, de la justicia y la solidaridad como fundamento de la convivencia y de la sociedad (Vidal M. 1991, 1994).

V- Definición de la bioética

Sin querer ser exhaustivo en lo que se refiere a la definición de la bioética, más bien como un acercamiento general a este rubro se expone lo siguiente (Abel F.2009 a; Vidal M. 1991, 1994).

El término *bioética* de acuñación reciente, 1970. Nacido en ambiente anglosajón (Potter, Hellegers), ha encontrado favorable acogida en las restantes áreas lingüísticas. Por tratarse de una novedad terminológica y conceptual es preciso iniciar la reflexión con un conjunto de aproximaciones al mismo tiempo delimitativas y clarificadoras.

La composición de raíz griega alude a dos magnitudes de gran significado: *bios, vida y ethos, ética*. Propósito general de la bioética es lograr la adecuada composición entre esas dos realidades de la vida y de la ética; una composición, que no sea mera yuxtaposición sino auténtica interacción. La relación activa y estimulante entre vida (*bios*) y ética (*ethos*) puede ser entendida con mayor o menor amplitud y con menor o mayor precisión.

Hay quienes, limitan la relación entre vida y valores éticos al área de la actividad médica. Según esta consideración, la bioética vendría a ser un nuevo término para expresar el viejo concepto de la ética médica. Como advierte Kieffer, "para muchas mentalidades, ésta es la aceptación predominante" (Kieffer 1983).

No se puede quitar importancia a ésta orientación; sin embargo también los hechos biológicos tienen una ineludible repercusión en los valores éticos; los avances científico-técnicos de la biología

han de ser orientados para promocionar la calidad de vida, individual y social, personal y ambiental. Por otra parte, donde la vida humana se encuentra decisivamente problematizada es en las situaciones sometidas a la práctica médica. De ahí que la bioética tenga que asumir los problemas y los objetivos tanto de la *ética de la naturaleza* (ambiental) como de la *ética de la biomedicina*.

Sin embargo, la *noción exacta de bioética* se extiende más allá de la moral médica y posee una precisión mayor que la expresada por la ética ambiental. En el momento actual, la norteamericana *Encyclopedia of Bioethics* marca el significado vigente de bioética, la cual:

“...puede ser definida como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales...”

(Reich 1978).

De acuerdo con esta definición, la bioética es formalmente una rama o subdisciplina del saber ético, del que recibe el estatuto epistemológico básico y con el que mantiene una relación de dependencia justificadora y orientadora. Los *contenidos materiales* le son proporcionados a la bioética por la realidad del *cuidado de la salud* y por los datos de las ciencias de la vida como la biología, la medicina, la antropología, la sociología. El análisis de los temas, aunque tiene una omnipresente referencia a la ética, tiene que ser llevado a cabo mediante una *metodología interdisciplinar*: ciencia, derecho, política son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética.

Además esta definición es breve y adecuada a los distintos enfoques iniciales de la bioética y a los que seguirán hasta el momento presente. Tiene la ventaja de superar el estrecho círculo de la relación médico-paciente donde estos problemas se trataban antes de los años sesenta, ampliándolo a la biomedicina y otras ciencias relacionadas con la salud. Va más allá de los esfuerzos para sanar enfermedades, para incluir su prevención, el cuidado de la salud, la salud pública y las políticas sanitarias.



Abel (Abel F. 2009 a) por su parte propone la siguiente definición; tiene la ventaja que entronca con la idea de los primeros institutos de bioética y con los problemas que se enfrenta desde el año 1985, por lo menos el quehacer bioético.

La bioética es el estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos, por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito microsociales y macrosociales, micro y macro económico, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro.

De manera implícita se manifiesta que los nuevos conocimientos son fuente de nuevos poderes que afectan a esferas económicas, sociales y políticas y cuyos efectos van o pueden ir más allá de una generación. En la expresión del filósofo Hans Jonas se trata de superar la dimensión de una ética de cercanías para abrirnos a horizontes del futuro de la humanidad y de nuestro planeta.

Por otra parte, sobre la cuestión para qué sirve la bioética, una primera respuesta podría formularse diciendo que la bioética, en palabras de Edmund Pellegrino, es: la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias. La bioética en sus vertientes clínica y docente tiende a hacer que esto sea una realidad, intentando encontrar las posibles vías para resolver problemas y dilemas que se nos presentan al intentar conjugar los principios que puedan entrar en colisión eligiendo con el paciente o sus representantes legales, aquello que más le conviene. Se debe subrayar que en el discernir “lo que más conviene”, hay que dar prioridad a la opción del paciente, debidamente informado. Para el clínico y el investigador la interiorización de que el saber científico-técnico no agota la comprensión de la persona y que el bien del paciente ha de ser prioritario frente al bien social o científico requiere un humilde aprendizaje.

Una manera de entender los temas que trata la bioética es clasificarlos en microbioética o bioética clínica y macrobioética o bioética general (Abel F. 2001, 2009 a; Garzón F. 2000).

Por microbioética se entienden los problemas que se generan en el interior de una institución hospitalaria. Los dilemas

que se enfrentan son entre el paciente, la familia, el médico y el personal sanitario, el hospital y la sociedad.

Y por macrobioética incluye una preocupación ética generalizada por todos los ámbitos de la vida, pero se destaca lo relacionado con el ámbito ecológico, entre otros.

Problemas de microbioética: comités de bioética, códigos éticos, diagnóstico prenatal, eugenesia, consejo genético, aborto, técnicas de reproducción humana asistida, inseminación artificial, fecundación in vitro, esterilización, calidad de vida, la relación paciente-personal de salud, experimentación en medicina, ingeniería genética, trasplante de órganos, alimentos transgénicos, el final de la vida, vejez, eutanasia, distanasia, ortotanasia, suicidio, pena de muerte, entre otros.

Problemas de macrobioética: la vida, la población, ciencia, tecnología y ética, sistemas de salud, ecología, medio ambiente, la paz, entre otros.

VI- Signos de vitalidad de la bioética (Abel F. 2001; Gafo J. 1997)

Las manifestaciones de la bioética son múltiples y de diversa índole. El volumen bibliográfico es impresionante.

La bioética aparece también en congresos, en cursos de ética para formación de médicos, en las discusiones sobre legislación sanitaria, en la investigación médica, etc. El interés por la bioética se pone de manifiesto en la creación de comisiones éticas para asesoramiento a las autoridades políticas. En 1982 se crea en Francia un *Comité Nacional de Ética* para asesorar al presidente de la República en las cuestiones sobre la vida

y la salud. Desde 1980 funciona en los E. U. A. un *Comité* para asesorar al presidente sobre problemas relacionados con la ética de la investigación médica (entre 1980 y 1983 esta comisión publicó 11 volúmenes); también existen comités de ética para asesorar a comisiones/subcomisiones del Senado. Parecidos Comités se han creado, con funcionamiento habitual u ocasional, en el Reino Unido, en Australia y en casi todos los países.

De entre los signos de vitalidad de la bioética queremos destacar de modo especial varios aspectos que se refieren más directamente a la reflexión, a la investigación y a la docencia de esta nueva disciplina moral:

- Centros de Bioética.
- Revistas especializadas.
- Libros editados sobre temas de bioética.

Pero, tal vez lo más importante, es que los temas bioéticos han pasado a ser de interés público, es decir, son abordados por toda la sociedad.

Como conclusiones se pueden destacar las siguientes:

Retomando el reto de Potter de crear un “puente” entre ciencia y ética, o sea lograr un diálogo entre ambas, lo cual resulta un desafío por construir de manera constante, dado que durante siglos estuvieron por caminos paralelos; pues la ética se había ocupado de un ser humano ideal, y hasta últimamente ha descendido a diversos sectores prácticos y concretos, como es el caso de la bioética; por su parte las ciencias han sufrido de una precariedad en su fundamentación teórica que les impide una interpretación

biológica de la cultura; pues las ciencias de la vida tienden a atomizarse y especializarse cada vez más, careciendo de una reflexión sobre la vida misma, la cual se ha vuelto un objeto manipulable; en síntesis, las ciencias de la vida se han vuelto instrumentalistas-operatorias, y el riesgo de la bioética es que caiga en este juego. De donde resulta necesaria una reflexión acerca de la relación del hombre con la naturaleza, para contar con una ética ecológica desarrollada.

En este mismo rubro de reflexiones, los diversos tipos de especialistas, biólogos, psicólogos, sociólogos, médicos, genetistas, antropólogos..., todos quieren mejorar al hombre mediante sus conocimientos, pero falta una reflexión compartida sobre qué es el hombre y qué tipo de hombre queremos diseñar; por lo que es necesario que la bioética se fundamente en una reflexión acerca del hombre y de la vida.

Por parte de la bioética, un riesgo es que vaya hacia categorías de tipo fundamental (autonomía, beneficencia, justicia), perdiendo el horizonte de los problemas concretos a los que debe responder; al ser de interés para el público en general, el riesgo de la bioética es que se vuelva un discurso para especialistas, sin incidencia en la sociedad.

Aunque la bioética nació como diálogo entre las ciencias de la salud y las humanidades con una orientación claramente aplicada a la Medicina; es lo que constituye la bioética clínica. Con todo ello, los pioneros de la bioética estuvieron profundamente preocupados por problemas más globales en relación al crecimiento demográfico, medio ambiente, y utilización de recursos. Es decir, lo que desde el año 1985 cae bajo

la denominación de bioética global. Sin embargo, ésta preocupación cedió pronto a lo que parecía más inmediato y urgente por el incontenible progreso de las tecnologías biomédicas.

Por otra parte, la bioética como reflexión sobre contenidos, fue cediendo el paso a una concepción de la bioética como procedimiento en la toma de decisiones clínicas, científicamente correctas y éticamente aceptables en situaciones de pronóstico incierto. Así, mientras se va definiendo la bioética como disciplina, se asiste al nacimiento de otras éticas aplicadas como son la ética ecológica y la ética de los negocios y gestión de recursos

con las que las ciencias de la salud entran necesariamente en diálogo, manteniendo las distintas éticas aplicadas, sus propias dinámicas de crecimiento, expansión y consolidación.

Pero sobre todo la bioética sobresale por su carácter de provisionalidad y de búsqueda, pues todo está sometido a una profunda revisión y crítica, particularmente por el gran desarrollo de la ciencia y de la tecnología aplicado al campo de la vida y el cuidado de la salud y la medicina, no hay respuestas definitivas a las problemáticas planteadas en estos ámbitos.

Referencias Bibliográficas:

Abel, F., (2009,a). Período constitutivo de la bioética, en Módulo 1- Historia de la Bioética y diferentes corrientes de fundamentación. Barcelona. Máster en Bioética, 8ª Edición; Bioética: preguntas y respuestas, en Módulo 1- Historia de la Bioética y diferentes corrientes de fundamentación. Barcelona. Máster en Bioética, 8ª Edición; (2001). De Cambridge a Harvard y Georgetown pasando por V. R. Potter, en Módulo 1- Historia de la Bioética y diferentes corrientes de fundamentación. Barcelona. Máster en Bioética, 8ª Edición; 2009,b.

Amor Pan, J. R., (2009). *¿Qué ética para la bioética?*, en Módulo 1- Historia de la Bioética y diferentes corrientes de fundamentación. Barcelona. Máster en Bioética, 8ª Edición.

Cortina, A., (1995). *Ética civil y religión*. Madrid. PPC.

Gafo, J., (1997). *10 palabras clave en Bioética*. Editorial

Estella Verbo Divino.

Garzón, F. A., (2000). *Bioética, Manual Interactivo*. Bogotá. 3R Editores.

Kieffer (1983), *Bioética*; Citado por Vidal M., *Moral de la persona y Bioética Teológica*. Madrid. PS, 1991.

Laín Entralgo, (1993). *La Medicina Actual*; Citado por Vidal M., *Moral de la persona y Bioética Teológica*. Madrid. PS, 1991.

Reich (1978). Introducción, *Encyclopedia of Bioethics*; Citado por Vidal M., *Moral de la persona y Bioética Teológica*. Madrid. PS, 1991.

Vidal, M., (1994). *Moral de la persona y bioética teológica*. Madrid. PS; 1991. *Bioética. Estudios de Bioética Racional*. Madrid. Tecnos.

De la Ciencia a la Conciencia



Reflexiones en torno a la ética en la definición de autorías

Dra. Maura Sara Castañeda Iñiguez *

Generar nuevo conocimiento es un trabajo arduo, que implica muchas horas de labor intelectual para lograr definir y afinar una pregunta de investigación, establecer un diseño metodológicamente apto para dar respuesta a dicha pregunta y determinar la logística requerida para su ejecución. Involucra también una dedicación particular en reclutar pacientes, recabar datos, procesarlos, interpretarlos y finalmente plasmar todo eso en un artículo destinado para publicación o difusión dentro del medio. Por ello, determinar quién merece ser incluido como autor, no sólo se refiere a quién debe recibir el crédito por el trabajo realizado, sino también a quién debe hacerse responsable de la información que se obtuvo. La lista de autores que figura en la cabecera de los artículos científicos informa al lector sobre quién o quiénes realizaron el trabajo, permite atribuirles su crédito e identifica a los que tienen que responder de su contenido (Feaser V. 2008).

El proceso para definir el concepto de autoría no ha sido fácil, ni libre de polémicas. Un primer intento de estandarización de lo que se considera como autor surge a raíz de la creación del Grupo de Vancouver en 1978. Este trabajo involucró a editores de las revistas biomédicas de mayor prestigio y, en 1997 se constituyó como el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), tras lo cual han emitido normas formales cada dos años,



con su última actualización publicada en 2009 (ICMJE, 2009).

Dicho comité hace una distinción entre los autores, en base a sus contribuciones. Así, se considera autor a aquel que ha hecho aportes intelectuales substantivos y significativos a un trabajo. Ello se basa en tres puntos:

- a) Contribuciones sustanciales en el diseño, adquisición de datos, o análisis e interpretación.
- b) Redacción del borrador del trabajo o revisión crítica de él para agregar contenido intelectualmente importante.
- c) Aprobación final de la versión a publicar.

Sin embargo, aún cuando todos reconocen que la autoría y el orden en que figuran los co-autores tiene importancia, con cierta frecuencia surgen dudas, y a veces conflictos éticos, en cuanto a la forma correcta de definir las autorías. Por tal razón las instrucciones que las revistas

* Coordinadora Estatal de Investigación, Servicios de Salud de Zacatecas, Consejero Ciudadano, Consejo Estatal de Bioética, Zacatecas.

dan a los autores de los artículos se refieren explícitamente a esta materia, adecuándose en general al criterio establecido por consenso de editores de las principales revistas, conocido como el Grupo Vancouver (ICMJE, 1997).

Las revistas científicas quedan eximidas de cualquier intervención referente al orden de los autores, ya que se acepta por consenso que estas competencias atañen única y exclusivamente a los propios firmantes. Sin embargo, para formalizar su completa desvinculación al respecto, establecen como requerimiento editorial para iniciar el proceso de evaluación del manuscrito, que cada uno de los autores firme una declaración expresa de autoría donde se hace constar el cumplimiento de los criterios elaborados por el ICMJE y publicados como “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas”.

En la actualidad, es una regla en la mayoría de las revistas, la mención explícita de la contribución individual de los autores o “autoría por contribución” como ampliación y complemento de las normas de Vancouver. Además de añadir una descripción de las tareas efectuadas por cada uno de los autores, se crea la figura del garante quien, además de haber contribuido sustancialmente cumpliendo los criterios de autoría de Vancouver, también habría hecho un esfuerzo adicional para garantizar, avalar y responder de la integridad científica del proyecto en su conjunto, antes de la publicación y después de la misma (Pulido M. 2006).

Algunas revistas como *Annals of Internal Medicine* o *Lancet* exigen además que cada autor o co-autor explicita su

contribución al artículo en un formulario debidamente firmado. También *Nature* (2007), aunque no lo exige, sugiere como parte de buenas prácticas que sus autores recurran a un documento de esta naturaleza. De cualquier manera, se entiende que cada autor acepta y asume públicamente su responsabilidad por la totalidad del contenido del artículo, actuando así como garante de su seriedad, respetando de esta manera al lector que confía en la revista, en sus editores y en sus autores.

A pesar de que se han establecido criterios precisos al respecto, han sido ampliamente documentadas diversas conductas éticamente incorrectas en torno a la definición de autorías (Rennie D. 1997, De Angelis C. 2008). Y es que, cuando las publicaciones científicas se convierten en una medida de rendimiento-productividad y en un instrumento social que confiere prestigio y otorga recompensa, cuando los artículos publicados en revistas reconocidas se utilizan como elemento central en la evaluación del curriculum de un investigador o determinan su ascenso en la escala profesional y social y, finalmente, cuando influyen decisivamente en la asignación de recursos económicos para la investigación, la necesidad de publicar se dispara y la autoría se convierte en un problema, detectándose con cierta frecuencia conductas inadecuadas (Bennet D. 2003), abusos más o menos generalizados (Clouthier S. 2005) e incluso actuaciones fraudulentas (Flanagin A. 1998).

Dicha problemática podría explicarse por la enorme competitividad existente tanto en la vida profesional como en la carrera académica, sin que por ello

sea moralmente justificada. Entre las conductas inaceptables que se mencionan estaría la dilución de responsabilidad o injusta distribución del crédito de la autoría, la autoría por “invitación o de cortesía” (Dyer C. 2008), las autorías “por presión” y autores “fantasmas” o excluidos del listado (Wislar J. 2011).

El orden de los autores tiene especial relevancia y es frecuente motivo de conflicto o de malentendidos. Se asume, al menos teóricamente, que el primer autor o autor principal, es quien ha tenido un papel clave, ha conducido al grupo investigador y ha realizado la mayor parte del trabajo, incluida la redacción y revisión del manuscrito. El segundo autor también ha realizado un aporte sustancial mientras que el último de ellos es frecuentemente alguien de mayor jerarquía o experiencia, que ha actuado como tutor de la investigación, que da garantía de su seriedad y que respalda a los investigadores más jóvenes. Los restantes co-autores, o autores “de en medio” son muchas veces considerados, equívocamente, como si hubiesen aportado menos.

Resulta, por lo tanto, más complejo jerarquizar entre ellos el grado de su participación. Como estos criterios no son estrictos, las recomendaciones actuales son que el orden de los autores sea establecido mediante un acuerdo entre ellos, en base al aporte real de cada uno y sin considerar sus títulos profesionales ni sus jerarquías. Sin embargo, ocasionalmente, la primera autoría ha sido asumida abusivamente, como “autoría por presión” por la exigencia de jefes o directores de algunos grupos o instituciones, lo cual es obviamente inaceptable (Sox HC. 2006). Otra figura específica de autoría irregular

es aquella por invitación o gentileza, que se refiere a co-autores que no han contribuido directamente con el artículo y a quienes se incluye como un favor por amistad, gratitud, reciprocidad o compromisos preestablecidos dentro de un grupo de trabajo. La inclusión como autores de personas que no cumplen con los requisitos correspondientes constituye una deshonestidad que, lamentablemente, es costumbre en algunos grupos. Una situación menos frecuente y casi inversa a la anterior es la llamada “autoría fantasma” que se refiere a autores que son excluidos de la publicación, generalmente por diversos tipos de conflictos de interés (Whitely W. 1994).



Desafortunadamente, las irregularidades señaladas en las autorías de artículos persisten a pesar de los criterios establecidos por los editores de las revistas científicas. Algunas de ellas son claras faltas a la honestidad y otras pueden ser errores de interpretación o indefinición en cuanto a la contribución real de cada miembro de un grupo. Una solución para dichas irregularidades podrían ser las menciones de agradecimiento que algunos artículos colocan al final del texto, para reconocer ayudas, tutorías o revisiones que no constituyen expresamente una autoría. Sin embargo, al igual que para todas las fases de una investigación, la

responsabilidad y honestidad personal de cada autor y co-autor debe ser una exigencia ineludible.

Por eso, la autoría de las publicaciones en revistas debe ser considerada un tema ético, más allá del simple cumplimiento de requisitos o reglamentos editoriales.

Por su parte los editores de revistas científicas, autores y coautores deben contribuir sustantivamente a fomentar una auténtica “ética de la autoría”.

Referencias Bibliográficas:

- Bennet D, Taylor D. (2003) *Unethical practices in authorship of scientific papers*. Emergency Medicine, 15, pp. 263-270
- Clouthier S. (2005) *Misconduct: lower ranks take most of the blame*. Nature, 436(7050) pp. 460
- De Angelis C, Fontanarosa P. (2008) *Impugning the integrity of medical science*. JAMA, 299, pp. 1833-5.
- Dyer C. (2008) Lancet withdraws research paper and warns authors about rules of “gift authorship.” BMJ, pp. 337:1711. Editorial. (2007) Who is accountable? Nature, 450(7166), pp.1
- Feeser, V. Simon, J. (2008) *The ethical assignment of authorship in scientific publications: issues and guidelines*. Acad Emerg Med, 15(10) pp. 963-969.
- Flanagin A, Carey L, Fontanarosa P et al. (1998) *Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer-reviewed medical journals*. JAMA, 280, pp.222-224
- ICMJE. (2009) *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Ethical Considerations in the Conduct and Reporting of Research: Authorship and Contributorship*. Disponible en: <http://www.icmje.org/ethical1author.html>
- International Committee of Medical Journal Editors (1997). *Uniform Requirement for Manuscript Submitted to Biomedical Journal*. N Engl J Med, 336, pp.309-315
- Pulido M. (2006) Reflexiones sobre el concepto de autor. Rev Clin Med Fam, 1 (5), pp. 213-214
- Rennie D, Yank V, Emanuel L. (1997) *When authorship fails: a proposal to make contributions accountable*. JAMA, 278, pp.579-85.
- Sox HC, Rennie D. (2006) *Research Misconduct, Retraction, and Cleansing the Medical Literature: Lessons from the Poehlman Case*. Ann Intern Med, 144, pp. 609-613
- Whitely W, Rennie D, Hafner A. (1994) *The Scientific Community's Response to Evidence of Fraudulent Publication. The Robert Slutsky Case*. JAMA, 272, pp.170-173.
- Wislar J, Flanagin A, Fontanarosa P, Deangelis C. (2011) *Honorary and ghost authorship in high impact biomedical journals: a cross sectional survey*. BMJ, 25;343:d6128. doi: 10.1136/bmj.d6128.

El papel de la Odontología en el Sistema de Salud actual desde una perspectiva Bioética

E en PMF. Karla Gabriela Ocampo García*
Dr En Ep. Alberto Salgado Valdés*
M.A.S.S. Felipe González Solano*

Resumen

Dentro del sistema de salud actual en México, la odontología enfrenta dilemas éticos importantes. Las interacciones odontólogo-paciente, el acceso a la salud dental y la conciencia del diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas que ocupan los primeros lugares de morbilidad en nuestro país, entre otros, atraen un abordaje sobre la base de la ética a la práctica profesional odontológica. En este artículo abordaremos desde la perspectiva de la bioética, como una alternativa abierta, basada en el diálogo y comprensión de evidencias, que proporciona herramientas, tanto a dentistas como a médicos, para dar solución a dilemas éticos y apoyar las discusiones interdisciplinarias e interprofesionales respecto a la mejor manera de actuar en el diagnóstico oportuno y el manejo de pacientes con morbilidades asociadas.

Palabras clave: bioética en odontología, necesidades sociales.

Introducción

En México, la evolución del perfil epidemiológico muestra un evidente proceso de transición, caracterizado por la coexistencia de enfermedades y



muerdes por causas infecciosas, con aquellas relacionadas a padecimientos crónico-degenerativos, accidentes, y lesiones; las enfermedades bucodentales no son la excepción a estas tendencias, por lo que entre las prioridades a las que se aboca la política de salud bucal en México son disminuir la experiencia de caries dental, las periodontopatías y el cáncer bucal, dentro de lo cual se han diseñado diversos componentes de la política, como son: el educativo preventivo en escolares, el educativo asistencial y la fluoruración de la sal (Secretaría de Salud, 2000).

Dentro del ejercicio de la odontología, el análisis y la reflexión ética formal son

*Catedrático de la Facultad de Odontología de la UAEMEX, Especialista Maxilofacial del Centro Oncológico Estatal ISSEMYM
*Director de la Facultad de Odontología de la UAEMEX
*Secretario de Docencia de la UAEMEX

componentes esenciales en la toma de decisiones de los profesionales de la salud.

Todas las recomendaciones y procedimientos para la realización de tratamientos tienen una base ética y una consecuencia, por lo que se trata de una elección moral. Por ello el quehacer odontológico debe estar basado en responder ante las demás personas y ante nuestra propia conciencia de nuestros tratamientos y de los efectos que estos producen, buscando el bienestar de los pacientes.

La odontología considerada como una profesión mediante la cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral, ejerciendo ésta en sociedad, por y para los demás, por eso su carga moral.

Es bien sabido que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son las de mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas que en las últimas investigaciones han reportado una correlación directa con enfermedades sistémicas como las cardiopatías, el síndrome metabólico, cáncer, entre otras (Anderson RJ. 1982, Mayanagi H, 1995).

La causa más probable de la disminución en la prevalencia de enfermedades orales en el mundo es la instauración de

programas de educación, prevención y tratamiento de estas patologías, los cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de sistemas de prevención regionales como fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo otros estudios reconocen que no solo estas alternativas tienen influencia en la disminución de lesiones orales y que otros factores se deben considerar (Anderson RJ. 1982; Manji F. 1990; Brunelle A. 1982; Mayanagi H, 1995).

Es Indudable que los problemas orales influyen en la condición general de la persona. El diagnóstico clínico de una enfermedad oral puede ayudar a conocer la causa así como el pronóstico de una patología sistémica, sin embargo no refleja directamente el nivel de alteración en el individuo. Para la mayoría de las personas las enfermedades orales no son de por vida, ni tan severos que deshabiliten, no obstante sus consecuencias pueden impactar en la vida diaria en diferentes grados y provocar la percepción de incapacidad alterando el desenvolvimiento psicosocial (Secretaría de Salud, 2000).

Ya en el siglo XVIII, Benjamín Rush afirmó que la artritis, exclusivamente, podía ser tratada después de extraer dientes permanentes en mal estado. En 1910, William Hunter, médico inglés, habló de infecciones bacterianas al nivel de cerebro, corazón y pulmón provenientes de dientes infectados. A finales del siglo XX (1992), Rams y Slots plantearon que las infecciones buco-dentales pueden integrarse al grupo de causas relacionadas con cuadros mórbidos generales, capaces de llevar el paciente a la muerte (Anderson RJ. 1982). Esta diversidad de factores es fundamental para entender

la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas imperantes en ese ambiente. Es generalmente aceptado que un número amplio de factores determinan la salud de la población (Brunelle A. 1982; Mayanagi H, 1995).

La salud bucal como elemento de la salud general

Desde hace ya varias décadas, la Organización Mundial de la Salud desarrolló una definición de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. En años más recientes ha existido un considerable progreso en el desarrollo de medidas funcionales en salud bucal desde un punto de vista integral, por lo que según la definición antes descrita, si se padece una enfermedad bucal se carece de salud general (Secretaría de Salud, 2000; Mayanagi H, 1995).

La salud bucal incluye el componente “dental” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. Diversos estudios han cuantificado las consecuencias sociales de la enfermedad a través de las limitaciones en la vida diaria y la calidad de vida, aunque desafortunadamente la investigación en el estado de salud ha incluido primordialmente el espectro de condiciones severas y crónicas y relativamente poca atención se le ha dado al impacto social de los problemas bucales (Organización Panamericana 1993; Astrom AN, 2005).

Es decir, la salud bucal ha sido medida tradicionalmente con base en la

patología de los tejidos, con limitado reconocimiento de las implicaciones de salud, económica y social de patologías sistémicas. La percepción que explica por qué la incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores del estado de salud general, es que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos, y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales.

Esto hace que la utilización de servicios de salud dental se vea disminuida y en muchos casos no sea importante dentro de la agenda. Sin embargo, la evidencia sugiere que las condiciones dentales tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad. Por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Salud de Estados Unidos de Norteamérica indican que solo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días en un adulto con un promedio de vida de 64 años en actividad restringida, lo que representa un serio problema para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud (Reisine ST. 1985; Sheiham A. 1998).

Este impacto rebasa el ámbito puramente bucodental, varias investigaciones han demostrado la asociación existente entre las enfermedades bucales y las enfermedades sistémicas como endocarditis, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, infarto, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria, y osteoporosis, así como bajo peso al nacer y nacimientos prematuros, deficiencias nutricionales en

los adultos y cáncer (Joshiyura KJ, 2003; Sepehr A, Kamangar, 2005).

Básicamente y para dar solución a estas prerrogativas de salud, se creó la definición de Odontología Sistémica, la cual consiste en la aplicación de terapias esencialmente odontoestomatológicas destinadas a dar solución a enfermedades sistémicas o generales originadas por se o con manifestaciones en el sistema estomatológico (sistema formado por el cráneo, cara, boca elementos de apoyo o soporte). La forma de aplicación de la Odontología Sistémica, se efectúa esencialmente, a través de la Biocibernética o Terapia Funcional Reprogramable, metodología -ésta última- exclusiva del campo odontológico, cuyas bases anátomo-fisiológicas se encuentran descritas desde el año 1902 en la Academia de Medicina de París, cuando fue premiado el tratado de Anatomía Humana de Louis Testut, con el Premio Santour, dentro del cual se prueba la importancia del macizo craneofacial con el resto del cuerpo (Joshiyura KJ, 2003; Sepehr A, 2005).

Conclusión

Hoy día la odontología es muy diferente de la que se practicaba hace una o dos décadas, no solo por las técnicas y procedimientos empleados, sino también por los tipos de pacientes que se ven. Como consecuencia de los avances en la ciencia médica, la gente vive más años y está recibiendo tratamiento médico por enfermedades que eran fatales unos pocos años antes. Como resultado del aumento en el número de pacientes

dentales, especialmente los de mayor edad, con problemas médicos crónicos, es importante que el odontólogo esté familiarizado con los trastornos médicos de cada paciente, ya que muchas enfermedades obligan a modificar el tratamiento dental. La incapacidad de realizar las modificaciones terapéuticas adecuadas puede provocar serias consecuencias.

También debemos recordar que el Equipo de Salud debe obligadamente tener ya un pensamiento multidisciplinario, con lo cual se integre de manera rutinaria la atención odontológica en pro de la mejora en la calidad de vida de los pacientes con morbilidades asociadas o no, dentro del campo esencialmente preventivo. Ya que el odontólogo por ser un profesional de la salud de contacto directo del tipo frecuente, juega un papel importante en el diagnóstico oportuno, especialmente en enfermedades crónico-degenerativas y otras en las que el papel de la saliva como fluido corporal diagnóstico es importante.

Debido a que nuestra sociedad es pluralista y compleja podemos destacar que el profesional en salud está obligado necesariamente a mirar al paciente de forma integral y como un potencial portador de enfermedad, se hace necesario la revaluación del sistema de salud actual ponderando en su relevancia al profesional de la salud en odontología, no solo en pacientes con enfermedades sistémicas, sino todo paciente que requiera nuestra atención, partiendo desde la clarificación de valores y elecciones a través de la bioética.

Referencias Bibliográficas:

- Abnet CC, Kamangar F, Dawsey SM, Stolzenberg-Solomon RZ, Albanes D, Pietinen P, et al. (2005). *Tooth loss is associated with increased risk of gastric non-cardia adenocarcinoma in a cohort of Finnish smokers*. Scand J Gastroenterol; 40:681-7.
- Abnet CC, Qiao YL, Mark SD, Dong ZW, Taylor PR, Dawsey SM. (2001). *Prospective study of tooth loss and incident esophageal and gastric cancers in China*. Cancer Causes Control; 12:847-54.
- Ainamo J, Parviainen K. (1989). *Influence of increased tooth brushing frequency health in low, optimal and high fluoride areas in Finland*. Community Dent Oral Epidemiol; 17:296-9.
- Allen PF. (2005). *Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients*. J Oral Rehabil; 32:623-8.
- Amar S, Han X. (2003). *The impact of periodontal infection on systemic disease*. Med SciMonit; 9:291-9.
- Anderson RJ. (1982). *The reduction of dental caries prevalence in English school children*. J Dent Res; 61(Special Iss): 1311-6.
- Astrom AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. (2005). *Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates*. Eur J Oral Sci; 113:289-96.
- Brunelle A, Carlos JP. (1982). *Changes in the prevalence of dental caries in US schoolchildren, 1961-1980*. J Dent Res; 61(Special Iss):1346-51.
- Cypriano S, Pecharki GD, de Souza ML, Seichi. Wada R. (2003). *A saúde bucal de escolares residente assim local is como usem fluoretacaonas águas de abastecimento público narigão de Sorocaba, São Paulo, Brasil*. CAD Saúde Pública; 19:1063-71.
- Downer MC. (1982). *Secular changes in caries dental experience in Scotland*. J Dent Res; 61(Special Iss):1336-9.
- Elter JR, Offenbacher S, Toole JF, Beck JD. (2003). *Relationship of periodontal disease and edentulism to stroke/TIA*. J Dent Res; 82:998-1001.
- Fong IW. (2004). *Emerging relations between infectious diseases and coronary disease and atherosclerosis*. CMAJ 2000; 163: 49-56. 22. Luis-Delgado O, Echeverría-García JJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. *La periodontitis como factor de riesgo en los pacientes con cardiopatía isquémica*. Med Oral. (Esp); 9:125-37.
- Joshiyura KJ, Hung HC, Rimm EB, Willet WC, Ascheiro A. (2003). *Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke*. Stroke; 34:47-52.
- Manji F, Fejerscov O. (1990). *Dental caries in developing countries in relation to the appropriate use of fluoride*. J Dent Res; 69:733-41.
- Maupomé G, Clark DC, Levy SM, Berkowitz J. (2001). *Patterns of dental caries following the cessation of water fluoridation*. Community Dent Oral Epidemiol 29:37-47.
- Mayanagi H, Saito T, Kamiyama K. (1995). *Cross-sectional comparisons of dental caries trends in nursery schoolchildren in Sendai, Japan*. Community Dent Oral Epidemiol; 23:344-9.
- Mojon P, Budtz-Jorgensen E, Rapin CH. (1999). *Relationship between oral health and nutrition in very old people*. Age Ageing; 28:463-8.
- Mokeem SA, Molla GN, Al-Jewair TS. (2004). *The prevalence and relationship between periodontal disease and pre-term low birth weight infants at King Khalid University Hospital in Riyadh, Saudi Arabia*. J Contemp Dent Pract; 5: 40-56.
- Nadanovsky P, Sheiham A. (1995). *Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in 1970's and early 1980's*. Community Dent Oral Epidemiol; 23:331-9.
- Newbrum E. (1989). *Effectiveness of water fluoridation*. J Public Health Dent; 49:279-89.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La salud bucal*. HSD/SILOS-22. OPS; (1993).
- Reisine ST. (1985). *Dental health and public Policy: The social impact of dental disease*. Am J Public Health; 75: 27-30.
- Renvert S, Ohlsson O, Persson S, Lang NP, (2004). *Persson GR. Analysis of periodontal risk profiles in adults with or without a history of myocardial infarction*. J ClinPeriodontol; 31:19-24.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Programa de Salud Bucal. SSA México;2000.
- Sepehr A, Kamangar F, Fahimi S, Saidi F, Abnet CC, Dawsey SM. (2005). *Poor oral health as a risk factor for esophageal squamous dysplasia in northeastern Iran*. Anticancer Res; 25:543-6.
- Sheiham A. (1998). *Oral health, general health and quality of life* [editorial]. Bull World Health Organ 2005; 644-5. 17. Strom BL, Abrutym E, Berlin JA, Kinman JL, Feldman RS, Stolley PD, et al., *Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis. A population based, case control study*. Ann Intern Med; 129:761-9.
- Taguchi A, Sanada M, Suei Y, Ohtsuka M, Lee K, Tanimoto K, et al. (2004). *Tooth loss is associated with an increased risk of hypertension in postmenopausal women*. Hypertension; 43:1297-300.
- Wei WQ, Abnet CC, Lu N, Roth MJ, Wang GQ, Dye BA et al. (2005). *Risk factors for oesophageal squamous dysplasia in adult inhabitants of a high risk region of China*. Gut; 54:759-63.

Perspectivas Médicas y Reporte de Casos



O Dilemas del médico ante el secreto profesional y la confidencialidad en pacientes con VIH/SIDA



Dr. José Luis Téllez Becerra*
E.E. Guadalupe López Beltrán
Dra. Ana María Millán Velázquez
Dr. Yisvanth Pérez Ponce
Dr. Alberto Domínguez Cadena
Lic. Yolanda Colín Escamilla
Mtra. Brenda Rodríguez Aguilar
Lic. Manuel A. Chable García

En este trabajo nos enfocaremos en los principales dilemas a los que se enfrenta el médico cuando esta ante los principios de confidencialidad y secreto profesional en la atención a pacientes con la enfermedad de VIH/SIDA y se analizará un caso clínico que le permitirá al lector analizar junto con nosotros sobre los dilemas ético-morales que entran en juego en este caso en particular y la normatividad existente.

La bioética, entendida como el estudio sistemático de las implicaciones éticas, morales y sociales en la práctica médica, propone una metodología de solución racional y fundamentada a los complejos problemas que afrontan los que tienen que tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud de las personas. Surge como una necesidad de nuestro tiempo. En la relación clínica ha tenido una evolución extraordinaria en la toma de decisiones médicas, marcada principalmente por la autonomía, en donde el paciente siente que debe ser respetado en su particularidad, generando en algunas ocasiones conflictos de valores en el médico tratante, en donde éste tiene que extender el análisis clínico a una reflexión más amplia, tomando en cuenta



sus expectativas y las del paciente, así como los criterios éticos, administrativos, legales y deontológicos que enmarcan el caso concreto.

La Dra. Couceiro afirma que esta confrontación se alivia casi en su totalidad con el buen uso del *Consentimiento Informado*, en donde el médico ayuda al paciente a comprender la situación clínica y los posibles cursos de acción, al mismo tiempo que el paciente expresa su preocupación y sus deseos (Couceiro, 1999).

* Integrantes del Comité de Bioética Hospitalario del Centro Médico ISSEMyM

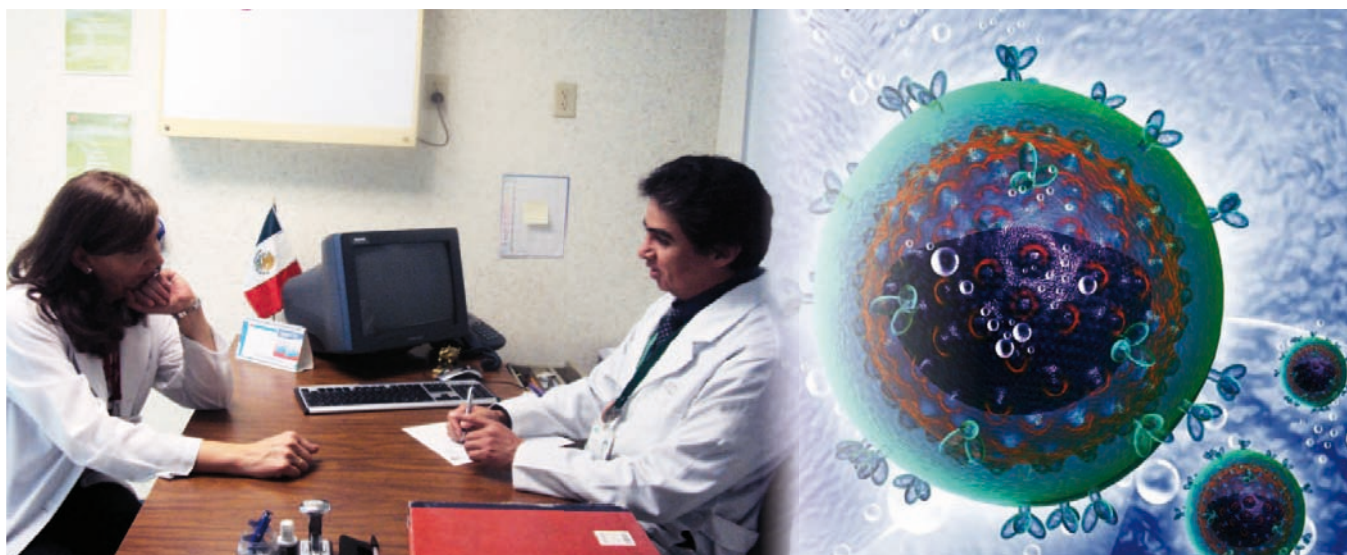
Por su lado también la ética médica, tradicionalmente entendida como el conjunto de normas, principios y reglas que especifican las obligaciones, prohibiciones y áreas de conducta discrecionales que rigen al profesional de la salud, favorece la relación médico-paciente (Mark Platts, 1997).

Por su parte la bioética, intenta establecer métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados en las ciencias médico-sanitarias (Gracia D.1999), en este sentido se está hablando de la bioética médica, desde un esquema de juicio moral práctico, que va desde normar conductas abstractas hasta los juicios específicos sobre la conducta correcta en casos concretos, por ejemplo: en pacientes con VIH/SIDA, que es una enfermedad cargada de dilemas éticos, por lo que hay que prestar atención tanto a sus aspectos biológicos como bioéticos y normativos.

En el manejo de esta enfermedad, adicionalmente a los compromisos de otorgar tratamientos efectivos, se han

sumado el de proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas o portadoras, planteando problemas en diversas áreas como: confidencialidad, secreto profesional, distribución de recursos, participación en estudios de experimentación, desarrollo de medidas sanitarias en las diferentes áreas (escolares y laborales, en las prisiones y la sociedad en general), así como campañas de detección y finalmente la gran importancia que actualmente tiene el consentimiento informado (Amador F. 2005).

La profesión médica, desde tiempos hipocráticos ha protegido la confidencialidad y el secreto profesional. A lo largo de la historia estos derechos han adquirido una mayor importancia. Están categóricamente expresados en los derechos de los pacientes e inmersa en el contexto de los derechos de las personas. Por lo que es necesario desarrollar una actitud reflexiva en el personal sanitario ante las cuestiones éticas que surgen en la atención para decidir razonadamente la alternativa de actuación más adecuada



ante los dilemas derivados de su atención. Una reflexión en la que se intentan conjugar todas las vertientes que hacen de la confidencialidad médica y del secreto profesional un reto difícil pero imprescindible para una asistencia médica que pretende ser humanizadora.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), menciona en sus documentos que el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue, solo con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación. Lo cual deberá acatarse, sólo en situaciones de obligación en la que el médico deba informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

En este sentido la confidencialidad se define como lo que se hace o se dice en confianza, con la seguridad reciproca entre dos o más personas. La privacidad, como el derecho de todo ser humano a salvaguardar su intimidad, específicamente sobre los datos relativos a su persona; a determinar y controlar qué información sobre sí mismo puede ser revelada, a quién, y con qué motivo. Y el secreto hace referencia a lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás (Diccionario Enciclopédico, 2000).

Así, el secreto médico como tal, es el compromiso que adquiere el médico ante el paciente y la sociedad de guardar silencio sobre toda información que llegue a conocer sobre él en el curso de su actuación profesional. Por lo tanto, los médicos en la atención cotidiana de sus pacientes acceden a través del expediente clínico, por medio del interrogatorio,

del examen físico y de los estudios complementarios para recoger una serie de datos y circunstancias relativas a su enfermedad que adquieren carácter de confidencialidad, y están obligados a mantenerlos en el más absoluto secreto, cuidando la privacidad de sus pacientes (Couceiro, 1999).

Hoy día, los Códigos Deontológicos, los Códigos de Ética y de Bioética enfatizan estos aspectos y obligan a tomar mayor conciencia, individual y colectiva, de la importancia de preservar el valor de la confidencialidad en la relación médico-paciente y utilizar los medios adecuados para su protección. Estos documentos consideran la intimidad de la persona como un valor absoluto, y como un derecho inherente a la dignidad de la persona humana y del respeto que ésta merece.

Desde un marco legal, el derecho a la intimidad, es uno de los derechos fundamentales de la persona, reconocido y protegido por la ley, junto con otros derechos fundamentales. Por lo que se plantea la necesidad de conocer la normatividad que regula esta posibilidad en la esfera de la salud y principalmente en el trato de pacientes portadores de la enfermedad VIH/SIDA.

En la normatividad internacional relacionada a proteger la intimidad de los pacientes, la confidencialidad y el secreto profesional está representada por el Convenio de Oviedo que en 1997 fue concebido para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, dedica un Capítulo al Secreto

Médico y la Confidencialidad. Así mismo, la Asociación Médica Mundial contiene varios incisos referentes a este tema y la recientemente publicada en este sentido es la Declaración de los Principios Éticos Aplicados a la Epidemiología, pautas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos, promulgada en el 2008.

En el ámbito nacional, tenemos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente los artículos 5 y 6 de la Ley Reglamentaria, menciona lo relacionado al ejercicio de las profesiones y el artículo 36 que hace referencia en este mismo sentido. El Código Penal y Civil que tratan también sobre el derecho a la confidencialidad de los datos. Para finalizar este punto cabe destacar que en el 2010 se aprobó la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posesión de los Particulares, esta ley contempla la protección de datos llamados “Datos Personales Sensibles” que consiste en los datos de personas que por su enfermedad, carga genética, creencia religiosa, filosófica o moral pudieran ser sujetos de discriminación y estigmatización, siendo acreedor a una sanción quien lo realice.



Asimismo, en el 2004 en el Estado de México se incorporó en la Constitución

local en su fracción 5 la privacidad de datos e información personal con carácter tutelada por ley salvo las excepciones manifestadas por la misma. En congruencia con este marco jurídico están también la Ley Orgánica de Protección Civil y la Ley de Profesiones. En materia de Transparencia y Acceso a la Información, los datos personales se clasifican como confidenciales. En este sentido, el Plan de Desarrollo del Estado de México 2011- 2017 contempla en el campo de la salud “la humanización de la asistencia sanitaria” como una política social para mejorar la calidad de vida de los mexiquenses (Ejes del Plan Estatal de Desarrollo del Gobierno del Estado 2011-2017).

En el ámbito hospitalario, están las normas y los reglamentos de la Ley General de Salud. Específicamente en materia de confidencialidad están los artículos 77, 136, 137 y 138; el Reglamento de la misma Ley, en materia de prestación de servicios de atención médica, en sus artículos 19 y 35 que recientemente fueron modificados dando paso al empleo de medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto ópticos, o de cualquier otra tecnología, para la integración de un expediente clínico, mismo que en su caso, quedará sujeto al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.

La Norma Oficial Mexicana NOM-168SSA del Expediente Clínico, en el Numeral 5.6 menciona: *En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico, será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos, que orientan la práctica médica, y sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de las autoridades*

judiciales, administrativas, sanitarias o a las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico existentes, para el ejercicio de sus atribuciones. También menciona en un apartado lo concerniente al Consentimiento Informado y del manejo del Expediente Clínico de los pacientes.

Para el manejo específico de pacientes con la enfermedad VIH/SIDA, está la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, regula las actividades de salud y dentro de ellas los servicios del CONASIDA, que se constituyen de observancia obligatoria en todos los establecimientos para la atención médica del sector público, social y privado del país. Entre lo que destaca el punto sobre las detecciones de VIH/SIDA, que menciona que se regirá por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad; es decir, que quien se somete a análisis, deberá hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y la confidencialidad del expediente clínico (NOM-010-SSA2-1993).

Esta misma ley contempla que la entrega del resultado al paciente será por personal capacitado o, en su defecto, se enviará en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio. No se podrán reportar resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni se comunicará el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de pacientes con incapacidad mental o legal, en cuyo caso se informará al familiar más cercano (NOM-010-SSA2-1993).

Agrega además que las notificaciones de casos de VIH/SIDA se harán de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, y debe proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial la cual deberá acatarse en todo momento. La investigación de las fuentes de infección y de los contactos, se llevará a cabo en los sujetos infectados por VIH comprobados y en los casos de SIDA, previo consentimiento del paciente, conservando la confidencialidad de la información, y comprende entre sus acciones estudiar los contactos sexuales o a quienes hayan donado sangre, órgano, tejidos y células germinales; así como a los que hayan compartido jeringas o agujas cinco años previos a la fecha probable de infección (NOM-010-SSA2-1993).

La Confidencialidad y el Secreto Profesional en el campo de la medicina no es un valor absoluto, tiene sus excepciones y la Ley también las contempla, principalmente cuando existe un fin justificable y para proteger intereses superiores como: evitar daño a otras personas, evitar daño a la propia persona y por imperativo legal. Al respecto, es también un deber de la profesión médica prevenir daños a terceros y al propio paciente, aunque con esto no cumpla con su obligación de guardar la confidencialidad o el secreto profesional.

Estas excepciones también están dispuestas en la ley, específicamente en la Ley General de Salud, en lo referente a

enfermedades transmisibles en el artículo 136, 137 y 138, que contempla la obligación de informar a las autoridades sanitarias para proteger la salud de la comunidad, la NOM-010-SSA2-1993, como es en el caso de la enfermedad VIH/SIDA. El Código Penal en su artículo 225, para evitar un mal mayor. El Reglamento en materia de investigación de la Ley General de Salud, que especifica que cuando por su importancia y trascendencia médica el caso en cuestión sea informado a sociedades científicas o sea motivo de publicación médica. Y finalmente cuando el médico actúa como perito en el desahogo de pruebas, sea en la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico o en un Juicio Legal que tenga que ver con la práctica médica. En el ámbito médico legal, es conveniente que el médico sepa que los profesionales y funcionarios podrán ser acusados por encubrimiento cuando no observen las normas vigentes que imponen penas, según lo indicado por el Código Penal, ya que el mismo, podrá considerarse un testigo calificado.



Caso Clínico Bioética

Se trata de un caso de VIH que fue sometido a diversos procedimientos quirúrgicos y que antes de su ingreso a este hospital no se sabía portador de su enfermedad.

Paciente masculino de 26 años de edad, soltero, católico, estudiante de licenciatura, de nivel socioeconómico medio, con tabaquismo y alcoholismo social desde los 15 años de edad, negando otras toxicomanías. En febrero de 2010 presenta cuadro de apendicitis por lo que es intervenido quirúrgicamente en medio hospitalario privado, presentando evolución tórpida caracterizada por dolor abdominal y fiebre de predominio vespertino, por lo que asiste al hospital "X" el día 27 de marzo del mismo año, diagnosticándose abdomen agudo. Se somete a laparotomía exploradora, realizándose adherenciólisis, resección intestinal por perforación intestinal, entero-entero anastomosis término-terminal, lavado quirúrgico y colocación de sistema VAC, además se establece manejo con antibióticos.

Durante su estancia hospitalaria el paciente fue sometido en diversas ocasiones a lavado quirúrgico abdominal y recambio del sistema VAC; sin embargo su evolución continuó siendo tórpida, con persistencia de los episodios febriles por lo que se le realiza toma de biopsia de íleon terminal y de mesenterio. El estudio histopatológico de las muestras reveló tuberculosis intestinal, por lo que el servicio de epidemiología inició el tratamiento con antifímicos.

Como parte de su protocolo de estudio se decide realizar la prueba de ELISA, WB, recuento linfocitario de CD4 y carga viral, siendo todas éstas positivas, por lo que se solicita interconsulta a los servicios de psicología y de medicina interna, quienes iniciaron el apoyo psicológico y el tratamiento con antirretrovirales. Después del establecimiento de la terapéutica, la evolución del paciente

fue satisfactoria siendo posible el día 26 de abril de 2010 el cierre de la pared abdominal. Finalmente el día 5 de mayo de ese año fue dado de alta a su domicilio para continuar su manejo de manera extrahospitalaria.

El paciente sabía de su enfermedad y no informó en el momento de la integración de su expediente clínico y pide que no se le revele a su familia de que es portador de esta enfermedad.

En este momento los principios de confidencialidad y veracidad se encuentran en conflicto. Sabemos que los datos que obtiene el médico son tan relevantes que si no existiera la confidencialidad no sólo está en peligro la intimidad, sino el ejercicio de otros derechos fundamentales, como el derecho al trabajo y la educación, es decir a no ser discriminado, por lo que nos requiere de responsabilidad y conocimiento de la normatividad para ser cuidadosos y responsables en el manejo del padecimiento de estos pacientes, así como del manejo de la información proporcionada por él o por los estudios realizados. Pero también existen los derechos de los médicos y del personal de salud, ya que estos están expuestos a contraer la enfermedad, por estar en contacto con los fluidos corporales, como sangre y otros por los procedimientos quirúrgicos a los que fue sometido el paciente.

No se considera ético que el paciente oculte al médico su enfermedad, ya que no solo obstaculiza el tratamiento, sino coloca al médico en un estado de vulnerabilidad para riesgo de contagio y complica su tratamiento.

Desde el punto de vista de la ética, históricamente se ha considerado que el

personal de salud tiene la obligación ética de mantener en secreto todo aquello que por el ejercicio de su profesión le fuera informado; tomando en cuenta la autonomía y confianza que el paciente y la sociedad le han depositado y el sentido de lealtad que el médico debe al paciente, pero esto no siempre es posible ejemplo; el caso del paciente tratado en este ensayo, porque afecta a terceras personas y si no se logra el consentimiento del paciente, se tiene la obligación moral y legal de informar directamente a los responsables de la vigilancia epidemiológica, para la investigación de las fuentes de infección y de los contactos sexuales, ver si ha donado sangre o si ha compartido jeringas o agujas cinco años previos a la fecha probable de la detección o infección (NOM-010-SSA2-1993).

Quienes se ven afectados en este caso son: el personal médico que intervino en el proceso quirúrgico, la pareja y la familia.

La confidencialidad en la atención clínica forma parte del contrato implícito de la relación médico-paciente, ya que se intercambia información con el fin de dar elementos al médico para que le ayude a recuperar la salud, si no existiera el compromiso de los médicos de salvaguardar la confidencialidad, los pacientes no se acercarían a la consulta confiadamente. Pero también los pacientes en este contrato de confianza tienen la obligación moral de decir toda la verdad al médico y no ocultarla.

El personal de salud también tiene el derecho de que el paciente le informe de sus enfermedades, para que este tome las precauciones necesarias para evitar contagios y contaminación de las áreas donde se realizan los procedimientos.

Surge la pregunta ¿Debe ser un derecho obligado por ley? (Patitó J. 2001; Basile A. 1999)

En bioética es importante valorar que la persona que toma la decisión de la excepción al secreto profesional y/o confidencialidad, deberá solicitar en primera instancia al paciente su consentimiento y que sea él quien informe a sus familiares o autorice al personal de la salud para que lo revele. Asimismo, se tendrá que ponderar los principios éticos en juego y las consecuencias de revelar o callar, con la premisa fundamental de evitar el daño a terceros y al mismo paciente, siendo esta la razón ética más importante para tomar la decisión.

Es decir, si con el silencio se presumiera un muy probable perjuicio para otras personas, o un peligro colectivo, como la

declaración de enfermedades contagiosas que ponga en riesgo el estado de salud de las personas a cargo de alguna función de la que dependa la vida o la seguridad de otras personas.

Entonces la prudencia y la justicia, son los fundamentos éticos en los que se basa el incumplimiento de guardar la confidencialidad del acto médico. Siempre con la mayor discreción posible.

La Bioética, como diálogo interdisciplinar, aplicada a la toma de decisiones médicas, busca una medicina de calidad centrada en el paciente, pero no olvida al personal de la salud. Incorpora a los Comités Hospitalarios de Bioética y de ética en investigación como órganos colegiados encargados de vigilar los derechos de los pacientes y de los médicos.

Referencias Bibliográficas:

Amador F., Mayor J., Tosar Z., (2005). *Bioética y sida, en el ser humano y su dignidad*, Revista Cubana Salud Trabajo, consultado el 19 de junio de 2012 en <http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol2-2-05>.

Artículo del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria, con acceso libre en formato PDF a través de internet http://www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo4/Unidad_204_Confidencialidad_y_Secreto_Profesional.pdf: (visita 22 julio 2011).

Basile Alejandro (1999), *Fundamentos de Medicina legal y Deontología y Bioética*. Derecho de los médicos Cap. 2. Ed. El Ateneo, tercera edición, pp. 30-40.

COMANED, www.conamed.gob.mx, consultado el 19 de junio de 2012.

Couceiro A. (1999). *Bioética para clínicos*. Editorial Triacastela, Madrid.

Diccionario Enciclopédico Larousse, 2000.

Diego Gracia, (1999), *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Editorial. El Buho. Santa Fe de Bogotá

Colombia.

El secreto Profesional y la Confidencialidad, Página de Internet: http://www.cgcom.org/not_omc/ Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico.

Ley General de Salud (1984). Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984. Últimas reformas publicadas DOF 27-04-2010.

Mark Platts (Editor), (1997). *Dilemas éticos*, Universidad

Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica, México D.F.

Nom oficial mexicana del expediente clínico NOMS -168 -SSA 1984

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para La Prevención Y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>, fecha de publicación 21 de junio de 2000.

Patitó José A. (2001) *Secreto Médico medicina legal*. Edición Centro Norte, CAP. 4. pp.102-103.

Fuente Informativa en Bioética





Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos



M. en S.P. César Humberto Botello Ortiz *

Con profundo agrado presento a ustedes en este espacio la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, como parte de las actividades de la Comisión de Bioética, entre las que destaca fomentar una cultura Bioética en el personal de salud, para desarrollar nuevos enfoques sobre la responsabilidad, la justicia, la autonomía y la beneficencia, principios que contiene este documento y que debe regir su comportamiento.

La Conferencia General

Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos.

Teniendo en cuenta los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y han traído consigo una fuerte demanda, para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos.

Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas, deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto (debido a la dignidad de la

persona humana), sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Resolviendo que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales, que sirvan de fundamento para una respuesta a la humanidad ante los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente.

Recordando el 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997 y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003.

Tomando nota del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre

* Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989, el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual, relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001 y los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tomando en cuenta los instrumentos

internacionales y regionales relativos a la bioética, comprendida la Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a la aplicación de la medicina y la biología - Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa, aprobada en 1997 y vigente desde 1999, junto con sus protocolos adicionales, así como las legislaciones y reglamentaciones nacionales en materia de bioética, los códigos de conducta, directrices y otros textos internacionales y regionales sobre bioética, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial relativa a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos, aprobada en 1964 y enmendada sucesivamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, y las Guías éticas internacionales para investigación biomédica que involucra a seres humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobadas en 1982 y enmendadas en 1993 y 2002.

Esta Declaración, se habrá de entender de modo compatible con el derecho internacional y las legislaciones nacionales de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos.

Recordando la Constitución de la UNESCO, aprobada el 16 de noviembre de 1945.

Considerando que la UNESCO, ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes, que orienten los adelantos científicos como el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología, teniendo en cuenta la responsabilidad,

de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano como los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura. Consciente de que los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y de que desempeñan un papel importante en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales.

Reconociendo, que gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y reportaran, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o, comunidad y especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana, el respeto universal, la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino también de factores psicosociales y culturales.

Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas, pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos, comunidades

y en la especie humana en su conjunto. Teniendo presente que la diversidad cultural es fuente de intercambios, innovación y creatividad, necesaria para la especie humana y en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero destacando a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Teniendo en cuenta que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

La conducta científica y tecnológica poco ética ha tenido repercusiones especiales en las comunidades indígenas y locales.

Convencida de que la sensibilidad moral y la reflexión ética, deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico; la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo.

Es conveniente elaborar nuevos enfoques de responsabilidad social, para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia y la equidad, atendiendo los intereses de la humanidad.

Reconociendo que una manera importante de evaluar las realidades sociales y lograr la equidad es prestando atención a la situación de la mujer.

Destacando la necesidad de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, particularmente las necesidades específicas de los países en desarrollo, las comunidades indígenas y

las poblaciones vulnerables.

Considerando que todos los seres humanos, sin distinción alguna, deberían disfrutar de las mismas normas éticas elevadas en la investigación relativa a la medicina y las ciencias de la vida.

Proclama los siguientes principios y aprueba la presente Declaración.

Disposiciones generales

Artículo 1 - Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de los individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas públicas y privadas.

Artículo 2 - Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración 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 humanos,

velando por el respeto y 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 beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración, respetando la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

e) Fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto.

f) Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.

g) Salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras.

h) Destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a

quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 - Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberán tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 - Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 - Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas, respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 - Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo con previo consentimiento

libre e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo con previo consentimiento, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 - Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación

nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) La autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.

b) Se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8 - Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento

científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos sujetos.

Artículo 9 - Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10 - Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11 - No discriminación y no estigmatización

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12 - Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana,

los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13 - Solidaridad y cooperación

Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto.

Artículo 14 - Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

a) El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.

b) El acceso a una alimentación y un agua adecuadas.

c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente.

d) La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.

e) La reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15 - Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones, deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:

a) Asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos.

b) Acceso a una atención médica de calidad.

c) Suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación.

d) Apoyo a los servicios de salud.

e) Acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos.

f) Instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación.

g) Otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

2. Los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.

Artículo 16 - Protección de las generaciones futuras

Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.

Artículo 17 - Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos; su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Aplicación de los principios

Artículo 18 - Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

1. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.

2. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.

3. Se deberá promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado,

en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19 - Comités de ética

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

a) Evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos.

b) Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos.

c) Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración.

d) Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20 - Evaluación y gestión de riesgos

Se deberían promover una evaluación y una gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

Artículo 21 - Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deben procurar velar por que sea conforme a

los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de ésta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.

2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debe basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deben responder a las necesidades de los países anfitriones y se debe reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.

4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deben establecer las condiciones de colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.

5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

Promoción de la declaración

Artículo 22 - Función de los Estados

1. Los Estados deben adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deben ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.

2. Los Estados deben alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23 - Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deben esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.

2. Los Estados deben alentar a las organizaciones intergubernamentales, internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

Artículo 24 - Cooperación internacional

1. Los Estados deben fomentar la difusión de información científica a nivel internacional, estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.

2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberán promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.

3. Los Estados deberán respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y también promoverla conyentre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 25 - Actividades de seguimiento de la UNESCO

1. La UNESCO deberá promover y difundir los principios enunciados en la presente Declaración. Para ello, la UNESCO solicitará la ayuda y la asistencia del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB).

2. La UNESCO deberá reiterar su voluntad de tratar la bioética y de promover la colaboración entre el CIGB y el CIB.

Disposiciones finales

Artículo 26 - Interrelación y complementariedad de los principios

La presente Declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.

Artículo 27 - Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debe hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública, salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 28 - Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

Espacio Libre y Cartas al Editor



Reflexiones sobre la Libertad Humana



Pbro. Lic. Jonás Jaime Pedraza *

De muchos modos y enfoques se podría abordar el tema de la libertad humana. La pregunta por la libertad, se convierte en la pregunta sobre el hombre en su integridad.

En el presente espacio, no intentaré mostrar que la libertad existe, sino reflexionar sobre su sentido; es decir, intentar hacer inteligible la finalidad de su ejercicio en el aquí y ahora de nuestra historia.

La libertad en sí misma, no podría considerarse como una facultad desarticulada de todo el complejo humano, su ejercicio implica, supone y exige la convergencia de la inteligencia, la voluntad, la memoria, la sensibilidad, más aún, tener en cuenta el impacto de las propias condiciones heredo-familiares, socio-culturales, etc.

Sería demasiado simplista considerarla como una *mera capacidad de elección* o autodeterminación, o con la ilusión de no estar sujetos a nada ni a nadie, y desde ahí pretender estructurar las posibilidades de la conducta.

La libertad define la peculiaridad del ser racional o dicho de otro modo, la libertad es una manifestación de la racionalidad humana, por lo tanto, el ejercicio auténtico de la libertad se fundamenta en el ejercicio cabal de la inteligencia, es decir, a mayor capacidad intelectual mayor sentido en el



ejercicio de la libertad.

La proliferación de medios y la confusión de fines, es una de las notas características de la situación intelectual actual, no sólo porque los medios han adquirido el estatuto de fines, sino porque los horizontes de realización humana cada vez se vuelven más estrechos, menos comunes, altamente reductivos, en tanto que satisfacen sólo algún aspecto de la realidad humana, dependientes más de la exaltación de la sensibilidad que de la interioridad, prisioneros bajo el yugo de la eficacia por la producción y la ganancia. El mismo hombre ha generado *paradójicamente* una maquinaria mundial de redes egocéntricas, que sofocan el ejercicio auténtico de la libertad.

Los tiempos actuales precisan de una capacidad intelectual mayor, a fin de *activar*, el ejercicio de una libertad que responda en conjunto a las verdaderas

* Presbítero.

exigencias de realización, que pueden advertirse en el ser humano, como un ser de profundidades insospechadas.

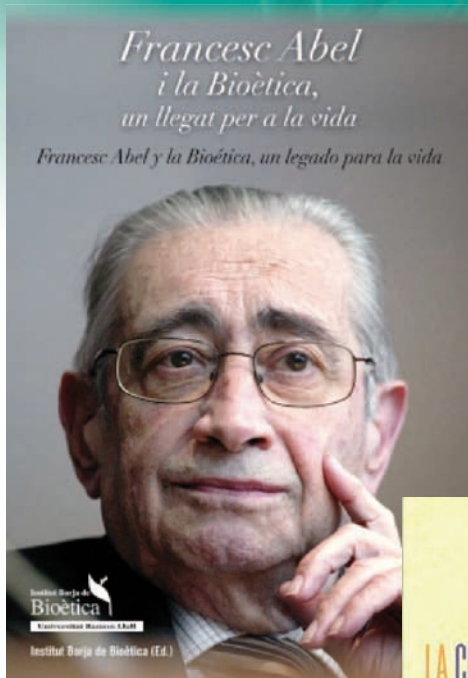
El sentido de la libertad hoy, radica en superar las demandas de visiones superficiales sobre el mismo hombre, justamente porque reducir es de algún modo aprisionar. Cuando la persona supera sus estrecheces mentales, cuando logra independizarse de ciertos estados de ánimo tan compulsivos y demandantes de gratificación inmediata, cuando logra sobreponerse a los desmedidos afanes de poseer, controlar, manipular todo a su antojo, para aumentar más su mundo plagado de cosas erosionadas, porosas, huecas, y menos de convivencia humana.

Por lo tanto, la esclavitud que late en cada

persona humana estriba en el convertirse *punto de referencia único y excluyente del otro*. Un mecanismo auspiciado por el ejercicio fallido de la inteligencia, en cuanto que la persona pierde el sentido de la verdad. Aquí está el meollo de la cuestión, ¿Cómo articular la libertad con la inteligencia? ¿De qué forma podría realizarse una mejor lectura del complejo humano, con el fin de advertir las posibilidades de su trascendencia?

Podríamos ensayar un presupuesto como respuesta: *Si el modo de pensar no trasciende las visiones reductivas de sí mismo, seguramente la misma persona, será presa fácil de todo aquello que haga más densa la superficialidad de su mundo, aunque ella misma diga quererlo libremente.*

Lecturas Recomendadas





Lecturas Recomendadas



M. en C. Alma Cuevas George *

FRANCESC ABEL Y LA BIOÉTICA, UN LEGADO PARA LA VIDA

Instituto Borja de Bioética y Editorial Proteus

El Instituto Borja de Bioética y Editorial Proteus publican: *Francesc Abel y la Bioética, un legado para la vida*, una extensa obra que ofrece una compilación de textos del Dr. Francesc Abel i Fabre, pionero de la Bioética en Cataluña, ámbito en qué trabajó y profundizó durante 35 años.

El libro, de 1.160 páginas, compila diferentes temáticas como la genética o el inicio de la vida, que se agrupan en forma de capítulos. La obra quiere transmitir la reflexión y análisis del Dr. Abel, que parte siempre de un espíritu de diálogo entre las ciencias y las humanidades, de respeto por todas las opciones y de fidelidad a sus valores cristianos, con una visión avanzada a su tiempo y lúcida con las necesidades de una sociedad plural y diversa.



LA CONSTRUCCIÓN DE LA BIOÉTICA

Ruy Pérez Tamayo, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (Coordinadores)

Este libro es el primero de una serie de volúmenes que el Colegio de Bioética, se ha propuesto elaborar sobre la materia con el fin de exponer diversa cuestiones que deben ser tratadas por especialistas, legisladores y la sociedad en general, con la seriedad que ameritan y, en primer lugar, con conocimiento de causa.

Conformado por médicos, filósofos, abogados, sociólogos, psicólogos biólogos, el Colegio de Bioética, como les dicen los coordinadores de esta obra, “mantienen un diálogo



* Investigadora en Ciencias Médicas A del ISEM

permanente con distintas instituciones académicas y legislativas, funcionando como resultante experto en diferentes aspectos en los que sus miembros poseen conocimiento y autoridad profesional”.

Este volumen trata temas que en el mundo se debaten desde diversas ópticas: la cuestión del embrión, el asesoramiento genético y el diagnóstico prenatal, el aborto, la clonación, las células troncales, el trasplante de órganos, la investigación médica en seres humanos, la eutanasia, la neuroética, la eugenesia etc. . Además, el primer capítulo nos introduce al surgimiento del concepto de ética, y de ahí al nacimiento de la bioética. Los autores exponen con seriedad e imparcialidad los puntos de vista contrarios a los que ellos mismos sostienen, lo cual confiere a sus textos la probidad intelectual indispensable para una obra de esta naturaleza.

EL DESAFÍO DE LA BIOÉTICA

**Asunción Álvarez del Río y Paulina Rivero Weber
(Coordinadoras)**

El desafío de la bioética es el segundo de una serie de volúmenes, que lleva al público lector la reflexión y discusión de diversos temas de este campo de estudio, desde una perspectiva laica, racional, multidisciplinaria y plural. Después del éxito del primer volumen, La construcción de la bioética, en este texto se tratan cuestiones que se debaten en todo el planeta. Las humanidades y el mundo actual frente a la técnica moderna; el papel de la ética en la investigación científica; el concepto de persona; el aborto tardío y la terminación de la vida en neonatos; la objeción de conciencia en la medicina; los conflictos entre derechos privados y bienes públicos; la relación entre la práctica médica y la industria farmacéutica; la inmigración y el mestizaje, y los derechos humanos. Los autores de estos temas son médicos, psicólogos, científicos, sociólogos, abogados y filósofos.



XIV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud



XIV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud

M.S.P. Claudia Lorena Vargas Alemán*

Investigación clínica

Primer lugar

Estudio de fármaco vigilancia de metformina en la Unidad de Medicina Familiar No. 222 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Toluca.

Nadia Neri Cruz¹, Johana Coyoli López¹, Leobardo Manuel Gómez Oliván¹, Marcela Galar Martínez¹, Patricia Vieyra Reyes¹, María del Socorro Romero Figueroa², Flor de María Elizabeth Ceballos Salgado²

¹Laboratorio de Toxicología, Departamento de Farmacia, Facultad de Química, Universidad Autónoma del Estado de México, ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México, Poniente de la Unidad de Medicina Familiar No. 222

Introducción: Los medicamentos son sometidos a estudios experimentales para determinar la eficacia y seguridad suficiente para su comercialización, pero estas pruebas no reflejan ni arrojan los patrones de uso, tampoco se puede detectar la totalidad de posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM) ocasionadas.

Objetivo: Descubrir, identificar, cuantificar, evaluar y finalmente prevenir las RAM además de los riesgos asociados con el uso de medicamentos. Siendo el presente trabajo un estudio de farmacovigilancia de metformina en

la UMF No. 222 del IMSS en la ciudad de Toluca, el cual promueve su uso racional, basado en un programa de trabajo, que propone una metodología y criterios de evaluación adecuados.



Material y métodos: La población en estudio estuvo constituida por 500 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a los cuales se les administró metformina, en su mayoría hombres (47.6% mujeres; 52.4% hombres), de los cuales la mayoría tenían más de 51 años, se hizo un registro de datos personales y el reporte de RAM.

Resultados: Una vez obtenidos los resultados se detectaron 54 RAM; 29.6% gastrointestinales, 25.9% del sistema nervioso central, 22.2% endocrinas-metabólicas, 7.4% de tipo respiratorio y genitourinario y el 3.7% neuromuscular/esquelético y de tipo hepático. También se estableció la imputabilidad, obteniendo; 46.29% definidas, 25.9% probables, 24.07% posibles y 3.7% dudosas. Así mismo se valoró la gravedad y significancia clínica, observándose; 37% leves, 35.2% moderadas, 27.8% graves y no fueron encontradas reacciones letales en el presente estudio.

* Jefa del Departamento de Investigación en Salud de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad

Conclusión: Con las RAM registradas pudo ser suspendida y modificada la terapia con metformina con la finalidad de darle un tratamiento seguro y eficiente a los pacientes.

Caso Clínico

Segundo lugar

Larva Migrans visceral: Reporte de un caso.

Noelia Carolina Del Castillo Salazar 1, Justo Pastor Moran Jiménez 1, Oscar Barrera Gómez 1, Genny Olvera Salinas 1.

1.-Servicio de Medicina Interna y Patología, Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, Estado de México.

Introducción: Larva migrans visceral, es un síndrome causado por nematodos, que son parásitos de huésped no humano. En los humanos el parásito migra a los tejidos, donde produce una inflamación eosinofílica y datos clínicos relacionados al área afectada. El agente más común de esta entidad es la toxocaracanis.



Descripción de caso: Femenino de 32 años, quien vivía en malas condiciones higiénicas, con antecedente de cuadros diarreicos de repetición, ingresa por

presentar 2 meses de evolución con cefalea, fiebre de 39°C, vespertina, 2 picos febriles al día, escalofríos, piloerección, diaforesis profusa, mialgias, artralgias, epigastralgia, y dolor en hipocondrio derecho, nausea y pérdida de peso de 2 kg en 1 mes. A la exploración abdomen con dolor en hipocondrio derecho, hepatoesplenomegalia, resto sin alteraciones, en laboratorios leucocitos de 7.700 y eosinófilos de 1.900, Hb 12.1grs, elevación de transaminasas TGO 82, TGO 108, FA 485, DHL 254, coproparasitoscopios seriados negativos, PCR 1:320, VSG 55 mm/hr. El USG de hígado mostró imágenes hipodensas múltiples. La tomografía de abdomen con múltiples lesiones hipodensas ovaladas en hígado, sin reforzar con el contraste. Se realiza biopsia hepática laparoscópica, con resultado histopatológico con abundante infiltrado eosinofílico, cristales de Charcot Leyden, células gigantes multinucleadas, granulomas periféricos a las zonas de necrosis y estructuras mal conservadas del aparato gastrointestinal de parásitos, con canales sugerentes de toxocaracanis, anticuerpos anti-toxocara positivos, se brindó manejo antiparasitario con albendazol, con remisión total de la sintomatología.

Conclusiones: La toxocariasis, es una entidad poco frecuente lo que condiciona que no se sospeche el diagnóstico en forma inicial, sin embargo la presencia de eosinofilia y fiebre, aunado a lesiones hepáticas deben orientar a esta etiología o cualquier otra parasitaria. En este caso se corroboró el diagnóstico con estudio histopatológico asociado a serología positiva, evolución fue favorable con resolución del cuadro y de las lesiones.

Tercer lugar

Identificación de Chlamydia trachomatis en encefalitis humana en México

Juan Manuel Jimenez-Estrada¹, Osvaldo A. Servin-Monroy, Cristina Delgado-Urbina¹, Roberto Vazquez-Campuzano², Isaac Velazquez-Quiroz¹, Alejandro Zaldivar-Gomez¹, Dolores G. Ramirez-Hernandez¹, Fernando M. Guerra-Infante³.

1.- Instituto de Salud del Estado de México, 2.-Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica-SSA, 3.- Instituto Nacional de Perinatología-SSA (F.M. Guerra-Infante)

Introducción: Las encefalitis tienen una etiología multifactorial. Sin embargo este signo solo adquiere importancia cuando en el cuadro clínico se sospecha la presencia de un virus principalmente el virus rábico. Sin embargo existen escasos reportes en los cuales relacionan la presencia de Chlamydia trachomatis con encefalitis.

Reporte de Caso: Paciente masculino de 33 años con antecedente de automedicarse con dexametasona debido a un proceso de artritis. El día 29 de diciembre de 2008 refiere agresión de un perro. Los diagnósticos presuntivos son: Neuroinfección, Encefalitis Rábica, Artritis y Síndrome de Cushing. Para el día 05 de marzo de 2009 el paciente fallece. El encéfalo del paciente es remitido al LESP/ISEM con diagnóstico presuntivo de encefalitis por virus rábico resultando negativo a la prueba a la NOM-011-SSA2-1993. Estudios en Corteza frontal se observó inclusiones intracitoplasmáticas. Debido a los antecedentes se realizó la prueba de PCR para la determinación de Chlamydia trachomatis (C.trachomatis)1989.

Discusión: Chlamydia trachomatis causa enfermedades del sistema genitourinario y Síndrome de Reiter. La dexametasona inhibe la presencia de la PGE2 y el TNF en el nivel de transcripción. El TNF inhibe el crecimiento de Chlamydia spp, por la activación de la enzima 2-3 indol dioxigenasa. Esta enzima tiene acción sobre el metabolismo del triptófano, que es un aminoácido necesario para el crecimiento de Chlamydia. Otros estudios realizados en la familia de las Chlamydeacea han revelado, que CE sobreviven al proceso de fagocitosis de los monocitos permaneciendo de manera crónica. Los Astrocitos fueron las células en las cuales se observaron las inclusiones intracitoplasmáticas.

Conclusión: Es posible considerar en el diagnóstico diferencial a Chlamydia trachomatis como patógeno causal de encefalitis.



Investigación Epidemiológica

Primer lugar

Análisis eco-epidemiológico del dengue en la Jurisdicción Sanitaria Tejupilco.

Isaac Raymundo Velázquez Quiroz^{1,5}, Jiménez Estrada J.M.¹, Medina Torres I.¹, Bastida González F.G. ¹, Zaldivar Gómez A.¹, Delgado Urbina C.¹, Guerrero

Hernández D.M.³ Reyes Enríquez A.⁴, Carbajal Monroy J.C.⁴, Molina Ángeles M.A.⁴, Ramírez Hernández M.D.¹, Aguilar Faisal J.L.⁵.

1. Laboratorio Estatal de Salud Pública, ISEM, 2. Subdirección de Epidemiología, ISEM, 3. Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades. ISEM, 4. Facultad de Geografía, UAEMex. 5. Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Introducción: El Dengue es una enfermedad infecciosa grave de origen viral transmitida por mosquitos. Se puede manifestar en tres formas denominadas: Fiebre por dengue o dengue Clásico (FD), Fiebre Hemorrágica o Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque (SCD); las últimas dos formas son complicaciones potencialmente fatales. El Estado de México posee una gran variedad de zonas en las que se favorece la presencia del mosquito *A. aegypti*, transmisor del virus del dengue, principalmente en la región sur, que presenta clima cálido subhúmedo con lluvias en el verano y un porcentaje de lluvia invernal, con mayor incidencia de lluvias entre los meses de junio a octubre, siendo este el principal factor del riesgo para la proliferación del mosquito.

Objetivo: Determinar la presencia de dengue y sus sero-variedades en pacientes de la red hospitalaria del Instituto de Salud del Estado de México.

Material y Métodos: Se diseñaron iniciadores específicos para la región codificante de la cápside específicos para cada serotipo, validados con cepas de control y se analizaron variables geográficas de las zonas que presentaron casos.

Resultados: Se analizaron 117 muestras de las cuales 11 resultaron positivas a virus del Dengue, serotipo 1. Los casos positivos se presentaron por debajo de 1000 MSNM, precipitación promedio mayor a 400mm³ y temperatura promedio 30°C 3 4.

Conclusiones: Los iniciadores IRVQ(1-4) F y IRVQ (1-4)R son adecuados para el diagnóstico molecular y tipificación de pacientes con Dengue en fase virémica, 15.3% de los casos sospechosos fueron confirmados. Población en riesgo por coincidencias geográficas: 46,000 habitantes.

Segundo lugar

Prevalencia de alteraciones metabólicas y esteatosis hepática en escolares con sobrepeso y obesidad.

Felipe Celaya Argumedo¹, Claudia Viviana Quiroz Martínez¹, Itzel Maldonado Rodríguez¹.

1. Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 63

Introducción: La obesidad enfermedad crónica, compleja multifactorial, proceso que suele iniciarse en la infancia y adolescencia, se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La organización mundial de la Salud, señala que México ocupa el segundo lugar mundial en obesidad y la define como la condición en la cual el exceso de tejido adiposo afecta de manera adversa la salud y el bienestar. Se tiene amplia evidencia en literatura que apoya la asociación entre obesidad en edad pediátrica y enfermedades metabólicas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de obesidad y su relación con alteraciones metabólicas, esteatosis hepática en la

etapa escolar en alumnos de una escuela primaria del Municipio Nicolás Romero.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, prospectivo, observacional, con un muestreo no probabilístico, primera fase se estudió 888 escolares ambos géneros, se mide circunferencia de cintura, peso, talla, identificando niños con obesidad, segunda fase incluye niños que presentaran IMC >95 y CC >93 de la percentila ajustadas, se realizó toma de presión arterial, muestra de sangre, Glucosa, colesterol, transaminasas, ultrasonido hepático.

Resultados: Se estudiaron 769 niños la prevalencia fue 41.79%, con mayor incidencia en el masculino, sin mayor incidencia en edad. Muestra elegida fue de 50 niños los cuales la frecuencia de hiperglucemia fue del 10%, hipercolesterolemia 28%, hipertransaminemia 32%, aumento de la ecogenicidad hepática 26%, esta última asociada directamente con elevación de transaminasas y mayor circunferencia de cintura.

Conclusiones: Necesario implementar programas preventivos a población pediátrica obesa para identificar intencionadamente alteraciones metabólicas e intervenir en forma preventiva.

Tercer lugar

Alteraciones cognitivas por exposición laboral a disolventes.

Isaac Pérez Zamora
Instituto Mexicano del Seguro Social UMF No. 60

Introducción: Se evaluaron las alteraciones cognitivas de atención y



memoria en un grupo de trabajadores expuestos crónicos de tipo laboral a disolventes industriales.

Material y métodos: Se evaluaron 70 sujetos, 35 con exposición crónica a disolventes y 35 sujetos control, no expuestos. Se midieron, edad, género, escolaridad, y se consideraron para formar el grupo de expuestos, aquellos que durante un período de 6 meses hasta más de 30 años tuvieron contacto directo y cotidiano con disolventes, así mismo, se les dividió en tres grupos para evaluar diferentes grados de exposición. El grupo de control fue conformado por trabajadores en los cuales negaron la exposición a disolventes. A todos se les aplicó la prueba de “NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA” en un solo tiempo.

Resultados: Ambos grupos fueron similares respecto a la edad, la proporción de sexo, escolaridad y nivel de depresión. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, respecto a la exposición laboral. El grupo expuesto obtuvo puntajes significativos ($p < 0.001$) que el grupo no expuesto en las 3 sub escalas de la prueba: Atención, Atención y Memoria y el total atención y memoria. No se midieron niveles de metabolitos en sangre

de los diferentes disolventes reportados.

Conclusión: Se establece que la exposición crónica laboral a disolventes industriales se asocia con deterioro cognitivo, particularmente en las áreas de atención, memoria y funciones ejecutivas. Se deberá estudiar la asociación entre los niveles de disolventes y el grado de deterioro cognitivo.

Investigación Básica

La autoreactividad protectora reduce la producción de óxido nítrico y la expresión de INOS después de una lesión traumática de médula espinal (LTME)

Elisa García 1,2, Raúl Silva-García 3, Humberto Mestre 1, Nayeli Flores 2, Susana Martiñon 2, Emma S. Calderón-Aranda 4, Antonio Ibarra 1,2

1.Universidad Anáhuac, México Norte. Facultad de Ciencias de la Salud, 2. Proyecto CAMINA A.C, 3. Departamento de Inmunología. Hospital de Pediatría.CMN Siglo XXI

Introducción: Después una LTME se liberan grandes cantidades de óxido nítrico (ON) por la síntasa inducible (INOS: inducible nitric oxide synthase) lo que favorece la lipoperoxidación y la respuesta inflamatoria que conllevan a la destrucción neural. La autoreactividad protectora es una estrategia basada en modular la respuesta inflamatoria,

relacionada con la respuesta autoreactiva contra la proteína básica de la mielina (PBM). Esta estrategia está basada en la inmunización con péptidos neurales derivados de la PBM (PNDP). Dichos péptidos podrían ejercer sus efectos neuroprotectores al disminuir la lipoperoxidación, la producción de ON y la expresión de INOS, ya que estos inducen una respuesta Th2 modulando de manera indirecta la expresión de genes como INOS.

Objetivo: Evaluar el efecto de la inmunización con PNDP sobre la lipoperoxidación las concentraciones de ON y la expresión de INOS.

Resultados: En este estudio in vitro demostramos que la inmunización con PNDP provoca una disminución significativa de la producción de ON en las células de la glia. También disminuye significativamente las concentraciones de ON en el sitio de lesión de ratas y ratones. Posteriormente demostramos que disminuye también la expresión del gen que codifica para INOS.

Conclusión: Los efectos neuroprotectores de A91 y Cop-1 pueden correlacionarse con la disminución de las concentraciones de ON y la expresión de INOS.



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: bioetica.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.

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

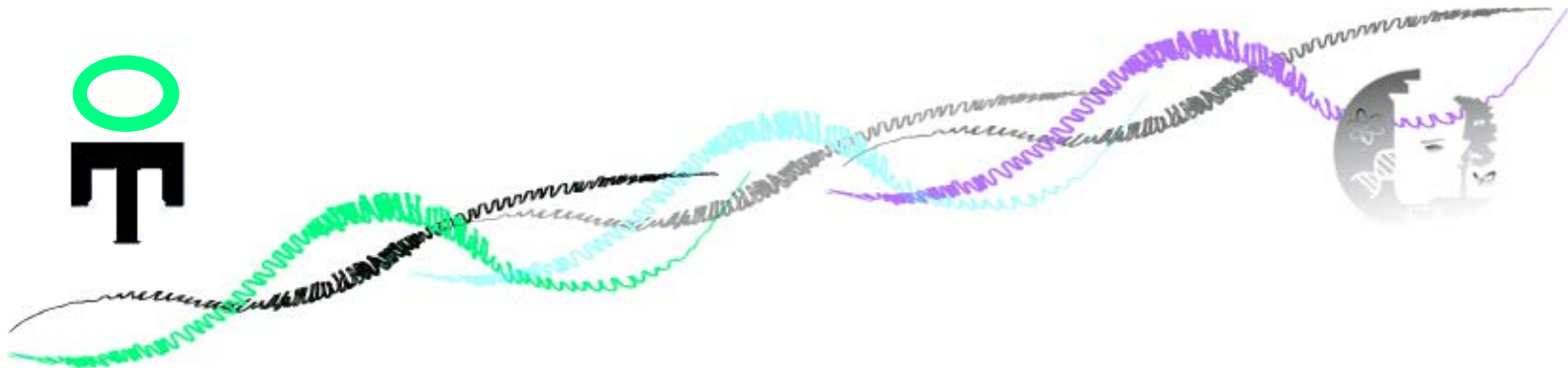
M. en C.S. LUIS GUILLERMO DE HOYOS MARTÍNEZ
Director de la Facultad de
Medicina de la UAEM

DR. MIGUEL ÁNGEL VILLAMARES GARCÍA
Jefe de Enseñanza, Investigación
y Calidad de la Delegación Estatal 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



Lic. ANA LUISA SERVÍN CÁRDENAS
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 de la Unidad Jurídica y Consultiva
de la CODHEM

DR. JORGE CRUZ BORRAMEO
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 MANUEL ALANIS TAVIRA
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

DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN
Asesor Externo de la COBIEM

LIC. EN ENF. LAURA MARTÍNEZ LÓPEZ
Presidenta del Colegio Unido
de Enfermeras y de Enfermeros de México A.C.

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

DRA. MARTHA PATRICIA CARRASCO CASTRO
Asesora de la Dirección de Servicios
de Salud del ISEM

DR. OCTAVIO MARQUEZ MENDOZA
Invitado Especial



VI Encuentro Nacion de Bioética

“Salud e interculturalidad,
desde una perspectivabioética”

21 de septiembre de 2012

Sede:

Auditorio “Prof. Santiago Velasco Ruiz”
Hospital Materno Infantil del ISSEMyM
Av. Alfredo del Mazo Esq. Tomás Alva
Edison, Col. Científicos,
Toluca, Estado de México.

Hora:

8:30 (Registro).

Informes:

Instituto de Salud del Estado de México,
Unidad de Enseñanza, Investigación y
Calidad. Programa de Bioética.
Av. Independencia Ote. No. 903
Col. Santa Clara,
Teléfonos: (01 722) 2148680 y 2155244
Correo electrónico:
bioética.edomex@edomex.gob.mx
miva06@yahoo.com.mx

Programa:

- 10:00 Conferencia:
El entendimiento de la interculturalidad
en el Estado de México.
- 10:30 Ceremonia Mazahua.
- 11:00 Inauguración.
- 11:25 Conferencia Magistral:
Interculturalidad y bioética.
- 12:00 Presentación artística:
Grupo de danza “Flor de vida”.
- 12:10 Receso.
- 12:20 Recorrido por la exposición.
- 12:30 Simposio:
Medicina Tradicional, una responsabilidad
social nacional.
Reflexión ética de la diversidad cultural.
- 13:30 Presentación de danzantes:
Kalpulitlatlauxiukoatl “Serpiente azul de
fuego”.
- 14:00 Refrigerio.
- 15:00 Fin del evento.



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO



Secretaría del
Medio Ambiente
del Estado de México

Secretaría de
Educación del
Estado de México