

Bioética Intercultural, desde una perspectiva de la salud

Gabriel J. O'Shea Cuevas

La elección de ser médico y
el Juramento Hipocrático

Jesús Luis Rubí Salazar

¿Por qué se corrompen
los servidores públicos?

¿Dónde está su ética?

Victorino Barrios Dávalos

Bioética salud pública y salud
bucal, entre el bien individual
y social

Ana María Millán Velázquez

Alicia Reyes Nájera



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

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

Gobernador Constitucional del Estado de México

Secretario de Salud y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México

Director General del Instituto de Salud 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. 5, Julio - Diciembre 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; isem.eibioetica@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 GARPIEL, Col. Sector Popular, C.P. 50040, Toluca Estado de México, este número se terminó de imprimir el 14 de Diciembre 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 México.

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE:217/05/04/12-02

Consejo editorial:

César Gómez Monge Nomar
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
Jorge Elliot Rodríguez
Manuel López Kneeland

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de redacción:

Elías Miranda Román
María Luisa García Alcántara
Miguel Ángel Cruz Muciño
José Luis Mendoza Martínez

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.



Contenido

Presentación	03
Editorial	04
Diálogo bioético	
Bioética intercultural, desde una perspectiva de la salud	06
Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas	
Bioética, salud pública y salud bucal, entre el bien individual y social	11
Dra. Ana María Millán Velázquez	
Dra. Alicia Reyes Nájera	
De la ciencia a la conciencia	
La ciencia de la axiología formal y la importancia de los valores humanos en la calidad de los servicios	18
M. en Psic. Lino Teja García	
¿Por qué se corrompen los servidores públicos? ¿Dónde está su ética?	25
Contralor Victorino Barrios Dávalos	
Perspectivas médicas y reporte de casos	
Dilemas en el diagnóstico prenatal	30
Dra. Martha Eugenia González Díaz	
Dra. Ana María Millán Velázquez	
Fuente informativa en bioética	
La elección de ser médico y el juramento hipocrático	38
Dr. Jesús Luis Rubí Salazar	
Espacio libre y cartas al editor	
Aspectos clínicos y socio culturales de la relación médico paciente	42
Mtro. Alejandro López Macedo	
Lecturas recomendadas	46
D. en F. José Enrique Gómez Álvarez	
Lic. Erika Viridiana Mejía Millán	
Aprender a dar	52
Lic. María Mercedes Rangel de O´Shea	
Ceremonia Conmemorativa del Día del Médico	55
M. en S.P. César Humberto Botello Ortíz	
Crónica del VI Encuentro Nacional de Bioética 2012	58
Dr. Jesús Luis Rubí Salazar	
XV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud	63
M. en S.P. Claudia Lorena Vargas Alemán	
Normas para la presentación de colaboraciones	75



Presentación

La bioética surge ante la necesidad de contar con directrices que orienten la toma de decisiones respecto a los dilemas morales, particularmente en el campo de la salud.

Para continuar con esta tarea, la Comisión de Bioética de nuestro Estado realiza acciones entre las que destacan la capacitación al personal de hospitales, organización de cursos, el Encuentro Nacional, que cada año con éxito se organiza y la Revista “Bioética y Salud”, que pretende difundir los principios bioéticos que deben observarse para la atención en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Este esfuerzo busca difundir entre los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, los valores que deben regir el ejercicio de su actividad cotidiana. Mediante la publicación de artículos que presentan expertos en temas fundamentales de bioética, que buscan construir un modelo de pensamiento que impulse la beneficencia para los pacientes, la prudencia para los médicos y la dignidad para ambos.

Esta quinta publicación pretende construir un escalón más para alcanzar la meta de lograr que en los diferentes niveles de la atención médica la bioética sea distintiva en el quehacer cotidiano.

Sabemos que la práctica médica está enfrentando un nuevo modelo de relación con los pacientes, mismos que han adquirido conciencia de sus derechos y han adoptado posturas críticas, vigilantes y participativas, y los médicos debemos entender este cambio y aprender a insertarnos con dignidad dentro de este nuevo marco.

Secretario de Salud del Estado de México



Editorial

En el transcurso de este año hemos sido testigos del crecimiento que tiene la Bioética en nuestro país, y me refiero específicamente a las modificaciones que en el mes de diciembre del año pasado se dieron a la Ley General de Salud con la adición del artículo 41 Bis y la reforma del artículo 98, que menciona la obligatoriedad de que toda unidad hospitalaria y educativa en salud debe contar con un comité de bioética y de ética en investigación, así como, la reglamentación de su integración y funcionamiento. Igualmente el Diario Oficial de la Federación publicó en octubre de este año las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Bioética y de Ética en Investigación y las Guías Nacionales de Operación de los Comités mencionados anteriormente, lo que nos obliga a generar estrategias de capacitación y actualización de estos espacios multidisciplinarios, para que realicen sus actividades de manera eficiente, eficaz y con alta capacidad resolutive.

Nos sentimos afortunados, porque esta revista reúne a los expertos en la materia y contiene temas vigentes en aquellas cuestiones que son cotidianas en las áreas hospitalarias, donde se tienen que tomar decisiones.

Para iniciar, en la sección de “Diálogo Bioético” se desarrolla el tema “Bioética Intercultural desde una perspectiva de la salud”, en el que pretendo desarrollar una visión intercultural entre los trabajadores de la salud y la sociedad en general, porque considero que es preciso educar para la interculturalidad, fundamentalmente evitar la discriminación y dominación cultural.

Por otra parte, el tema “Bioética, salud pública y salud bucal, entre el bien individual y social”, enfatiza la necesidad de un nuevo modelo de formación en los odontólogos que les ofrezca las herramientas para interactuar con el nuevo esquema de los pacientes, ahora más autónomos y críticos; así mismo, que también se les proporcione la información en salud pública, para evaluar si hay evidencia ética que favorezca el trato a las personas con respeto, utilizando procedimientos justos, para determinar

qué cargas son consideradas aceptables.

En la sección “De la ciencia a la conciencia” el Maestro Lino Teja García expone el tema “La ciencia de la axiología formal y la importancia de los valores humanos en la calidad de los servicios”, dando a conocer sus aplicaciones a la operación de las instituciones de salud, para un buen desempeño en sus roles. En este mismo espacio, el Contralor Victorino Barrios, escribe sobre “¿Por qué se corrompen los servidores públicos? ¿Dónde está su ética?” este ensayo explica que la corrupción tiene sus causas en la ignorancia, la falta de comprensión y madurez de juicio para llegar a la excelencia humana.

Otros temas de gran importancia se plantean en el apartado “Perspectivas médicas y reporte de casos” que presenta un caso clínico de diagnóstico prenatal, en el que se analizan los dilemas, dando a conocer los aspectos legales, administrativos y morales que surgen.

La sección de “Fuente informativa en bioética” presenta el tema “La elección de ser médico y el juramento hipocrático” en donde se tratan los principios éticos para las ciencias médicas.

Así mismo, en “Espacio libre y cartas al editor” se pone a su disposición los aspectos clínicos y socio culturales de la relación médico paciente.

Finalmente, en la sección de “Lecturas recomendadas” se presentan dos libros, en el que destaca la semblanza que hace el Dr. en Filosofía José Enrique Gómez al libro “Introducción al personalismo”, además se recomienda el libro de Diego Gracia “Fundamentos de la Bioética”

Con la publicación de esta revista coincidieron eventos muy importantes: el VI Encuentro Nacional en Bioética, el XV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud, la Celebración del Día del Médico y el Fin de Año, por lo que a nombre del Consejo Editorial, me permito felicitar al personal de salud de todas las regiones del Estado, mis mejores deseos para el próximo 2013.☺

Secretario de Salud del Estado de México

Diálogo Bioético





Bioética intercultural, desde una perspectiva de la salud

Gabriel Jaime O´Shea Cuevas *

El Estado de México de nuestros días, es el resultado de una historia rica y milenaria, porque somos herederos de grandes culturas, mismas que se transformaron en una composición plural presente en nuestros tiempos. Esto significa que existen múltiples identidades en nuestro estado, que generan diferentes percepciones de la realidad, de la salud, de la enfermedad y de la muerte misma.



La Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de México, reconoce a los mazahuas, otomíes, nahuatlís, matlatzincas y ocuiltecos o tlahuicas, como pueblos indígenas de nuestro estado, que son expresiones culturales que han sido clave para construir lo que hoy somos; mismos que suman un total de la población étnica de 379,175 indígenas (INEGI, 2010).

Tomando como referencia el comportamiento demográfico de estos grupos indígenas, señalo en primer lugar a los mazahuas, por ser el grupo más grande, ya que se encuentra distribuido en varios municipios rurales de nuestro estado: San Felipe del Progreso, Villa Victoria, San José del Rincón, Donato Guerra, Ixtapan del Oro, Villa de Allende, Almoloya de Juárez, Ixt-

lahuaca, Temascalcingo, El Oro, Jocotitlán, Atlacomulco y Valle de Bravo. Se asentaron desde principios del siglo XVI en la zona de San Felipe del Progreso, actualmente se identificaron a 116,240 hablantes de esta lengua (INEGI, 2010).

La palabra mazahua o jñatjo o jñatrjo, significa “gente del venado”. Son productores de artesanías y textiles desde hace varios siglos (Cuevas E., 2011).

Los otomíes, son un pueblo indígena de habla otomanguana, habitan del norte de Guanajuato al sureste de Tlaxcala, sin embargo, la mayor parte de ellos se concentran en nuestro estado, siendo actualmente 97,820 hablantes de esta lengua, en menor proporción se encuentran distribuidos en Hidalgo y Querétaro (Cuevas E., 2011; INEGI, 2010).

Los nahuatlís, son un grupo de pueblos nativos de Mesoamérica cuyos ancestros fueron los mexicas (descendientes de los aztecas) y otros pueblos antiguos. Son pueblos prehispánicos de Texcoco, Tlaxcala, Chalco, Cholula, Acolhuacán y los Mexicas. Destacan por la fundación de Tenochtitlán y su influencia con los estados de Morelos, Michoacán e Hidalgo. En el Estado de México existen 61,670 hablantes del nahuatlí.

Este grupo étnico se expandió hacia América Central y fueron nombrados según la región: en México se llamaron Mexicas; en Guatemala, cachiqueles; en El Salvador, pipiles y en Nicaragua, niquiranos o chorotegas, etc. (Cuevas E., 2011).

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

Los Matlatzincas, habitan el Valle de Toluca hasta el oriente del estado de Michoacán. Actualmente su lengua se restringe principalmente a San Francisco Oxtotilpan, poblado perteneciente al municipio de Temascaltepec. Cuando se usa como etnónimo, Matlatzinca se refiere a la gente de Matlatzinco, el nombre náhuatl dado por los aztecas al Valle de Toluca. La capital política del Valle también se denomina Matlatzinco, una gran ciudad en su época cuyas ruinas se conocen como el sitio de Calixtlahuaca (Cuevas E., 2011).



Los Ocuiltecoso Tlahuicas, habitan principalmente en la localidad de San Juan Atzingo, en el sur del Estado. En Michoacán son llamados los pirindas. En su idioma nativo, el tlahuica u ocuilteco significa “lo que yo soy”, o “lo que yo hablo” y el término ocuiltecah significa en náhuatl “gente del lugar de gusanos”, según las traducciones de los nativos (Cuevas E., 2011).

En el censo de 2000, sólo 26 personas de menos de 20 años estaban documentadas como hablantes de Ocuilteco. A partir de 2001, la lengua tlahuica ha pasado a ser considerada como lengua nacional por la legislación mexicana en materia de derechos lingüísticos. A partir del año 2003 ha sido incluida dentro del Premio de Poesía

Joven “Acolmiztli Nezahualcóyotl” (Cuevas E., 2011; INEGI, 2010).

Mediante estas referencias podemos conocer la ubicación geográfica de estos grupos étnicos. Sin embargo, como trabajadores de la salud, que estamos en contacto con estos grupos, debemos saber su historia, las ideas dominantes en las diferentes etnias, así como las percepciones religiosas, las costumbres particulares y los procesos productivos y tecnológicos de estas personas que conviven en contextos compartidos y en cada vez mayor interdependencia.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del año 2010, en el estado de México 379,175 personas hablan lengua indígena, de los cuales el 90% son bilingües, ya que dominan también el español.

Tal representación social, es la noción de nuestra cultura, que tiene que ver con nuestros comportamientos, hábitos y creencias, que son compartidos.

Las principales lenguas indígenas que se hablan en el Valle de Toluca son: otomí, matlatzinca, ocuilteco, tlahuica, mazahua, y náhuatl, mismos que están en peligro de extinción; por lo que se han desarrollado programas gubernamentales que tratan de evitarlo (Cuevas E., 2011). El Estado cuenta con la Universidad Intercultural (UIEM), ubicada en el municipio de San Felipe del Progreso, oferta una nueva área de formación profesional para la atención primaria de la salud: “la Salud Intercultural”, como licenciatura asume la atención de la salud de los pueblos indígenas en México, desde una perspectiva incluyente y tolerante, que respeta los derechos humanos y promueve la vigencia de los derechos de los pueblos indígenas.

La bioética intercultural, visualiza un proceso respetuoso, que favorezca en todo momento la integración y convivencia; motivando las relaciones interculturales, la valoración

a la diversidad y el enriquecimiento mutuo, mediante el respeto, el diálogo, la concertación y la escucha mutua.

En la Secretaría de Salud y en diferentes ámbitos de las instituciones de gobierno, se impulsa de manera coordinada las políticas de equidad de género, el respeto a los derechos humanos y a la Interculturalidad.

La política de interculturalidad es una de las innovaciones más trascendentes en el área de salud, toda vez que incorpora en la planeación y oferta en los servicios, el concepto y las implicaciones del reconocimiento a la diversidad cultural. Con el diseño e implementación de este modelo en la Secretaría de Salud, se propone eliminar las barreras culturales y lograr servicios de salud y personal de salud culturalmente competente, comenzando por la promoción de los derechos humanos y de salud; cuyo desconocimiento es la principal barrera para poder mejorar y definir las acciones necesarias para erradicar la discriminación y a veces maltrato en los servicios y espacios institucionales (Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud). Éste, trata de conducir en el fondo la reflexión bioética y ética pública, puesto que en nuestras diferencias culturales y morales se busca el entendimiento intercultural.



Para ello, la Ley General de Salud en el año 2006, establece el respeto a la salud de los pueblos indígenas, la medicina tradicional, la participación comunitaria y el uso de la lengua, en los programas oficiales. Este programa de acción, permite generar la inclusión y posicionamiento de la acción social y la participación ciudadana. El reconocimiento de la diversidad en el ámbito de la salud y el reconocimiento de la salud de los pueblos indígenas, permite definir las estrategias para comprender su medicina y posicionarla con sus propios procedimientos diagnósticos, preventivos y curativos, sus especialistas y sus recursos terapéuticos, de los cuales la herbolaria es el más conocido y utilizado por la ciencia y la sociedad urbana (Ley General de Salud 2006).

Mediante la comprensión de lo colectivo y lo diverso, la perspectiva cultural plural e incluyente, es el sendero para desarrollar una visión sobre el entendimiento entre morales y éticas diferentes entre sí. El entendimiento de la diversidad y de sus correspondencias no se puede perder de vista, las expresiones culturales deben mantenerse como un legado de nuestra existencia.

La actualidad nos obliga a plantear la necesidad de contemplar las decisiones bioéticas, como una reflexión ética intercultural, más racional, más humana, con la posibilidad de entender al individuo desde su especificidad cultural. A impulsar la transformación de los Servicios de Salud para mejorar el acceso efectivo de la población a servicios y atención médica de calidad y lograr servicios y personal de salud culturalmente competentes, satisfaciendo las necesidades y expectativas de la población, en un marco de respeto a la diversidad e identidad cultural de usuarios y usuarias, un ejemplo claro es el parto vertical (Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud).

Zambrano propone: “La perspectiva cultural de la bioética es una aproximación a la producción de los fenómenos morales, éticos

y tecno-científicos, que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, del sentido y de las hipótesis sobre la vida” (Zambrano 2006).

Esto es, toda relación social debe ser vista como una relación intercultural, porque está constituida por diferentes grupos, no solo étnicos, sino también sociales, y debemos reconocer el significado que cada grupo da a los hechos sociales. Durkheim, sociólogo, da la noción de “hecho”, a la importancia que adquiere todo hecho material dado para cada grupo social (Durkheim 1985). Como la presencia de los grupos y los pueblos es diversa, se supone que la significación sobre los hechos sociales es igualmente diversa, como diversos pueden ser los significados que damos a una misma palabra en un mismo idioma” (Zambrano 2006).

Para desarrollar una visión intercultural en los trabajadores de la salud y en la sociedad en general, es preciso educar, fundamentalmente borrar la huella histórica que se tiene de discriminación y dominación cultural, esto es educar para la interculturalidad (Schmelkes, S. 2009).



No se trata de homogeneizar, si no de resaltar lo que queda de esas culturas y desarrollar en ellos las habilidades básicas y superiores de pensamiento, así como valores de convivencia

plural, orientados a la transmisión de conocimientos y valores morales. Debemos perseguir un bilingüismo equilibrado, que permita mantener su dinámica cultural y seguirla fortaleciendo. Pero no olvidar que es esencial que la población indígena domine el español como la lengua franca en un país plurilingüe, pues sólo ello le permitirá gozar de iguales oportunidades frente a la sociedad (Schmelkes, S. 2009). Esto significa que debemos buscar que todos los grupos puedan relacionarse entre sí, que logren la valoración de la propia identidad, de su autoestima individual y cultural.

La bioética pretende desarrollar en los individuos (trabajadores de la salud) la práctica de los derechos humanos y la tolerancia intercultural, basada en el entendimiento y la empatía; desarrollar en todos el respeto por los otros diferentes.

Esta disciplina ampara la dignidad de las personas, cuida de que ejerzan su autonomía de forma libre y responsable, como un derecho irrenunciable. En la medicina el documento que ampara este principio es el consentimiento informado, el trabajador de la salud tiene la obligación de que sea plenamente entendido por los pacientes; es aquí un primer inconveniente desde el punto de vista intercultural, porque encontramos lagunas que debemos resolver. Un segundo obstáculo está en el ejercicio profesional, el médico debe investigar sobre los tratamientos, procedimientos o terapéuticas aceptadas por los grupos sociales con los que se relaciona, en el afán de proporcionar un beneficio y evitar las controversias culturales, que podrían ser dañinas en la relación con estos grupos.

Otro obstáculo corresponde a la desigualdad social, cultural y económica de los diferentes grupos existentes en nuestro estado. Por ello debemos de tomar en cuenta estas barreras para determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios, identificar las necesidades

personales y comunitarias, para evitar en lo posible vulnerar estos grupos, por lo que se deben promover estrategias y acciones que permitan desarrollar habilidades y actitudes de los profesionales de la salud que permitan la equidad en la relación con todas las personas. Es decir, desarrollar un trato digno, sensible y respetuoso, evitando en lo posible la confrontación y el choque cultural.

En nuestro estado debemos promover un contexto de salud intercultural que proteja la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios físicos y los aspectos administrativos. Lo que significa desde la



práctica médica, considerar la satisfacción y el cumplimiento de las expectativas de los usuarios como elementos esenciales de calidad de los servicios de salud, como un proceso de relación y comunicación entre los diferentes grupos culturales existentes en el Estado de México.

El alcance es dinamizar estructuras de inserción social y cultural, con un entendimiento de salud intercultural, basada en acciones de respeto por lo diferente, mejorando los procesos de comunicación y diálogo, disminuyendo las barreras sociales y culturales entre el trabajador de la salud y los usuarios.☞



Referencias Bibliográficas:

Cuevas Castillo, Emmanuel, 2011, *Etnias en el Estado de México*, consultado en internet el 20 de octubre 2012.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo General de Población nominal 2000, Consultado 24 de octubre 2012. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?c=10252&p=14048&s=est>.

Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo, Intercultural, SSA, 2011. Consultado en internet el 25 de octubre 2012, http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica_Intercultural_Salud.pdf.

Schmelkes, S., 2009. *Interculturalidad, democracia y formación valoral en México*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 2011 (2). Consultado el 29 de Septiembre de 2012 en: <http://redie.uabc.mx/vol11no2/contenido-schmelkes2.html>.

Zambrano, Carlos Vladimir. 2006 *Dimensiones culturales en la Bioética. Aproximación para una Bioética intercultural y pública*, Revista Colombiana de Bioética (2006), Universidad El Bosque: 83-104.



Bioética, salud pública y salud bucal, entre el bien individual y social

Ana María Millán Velázquez *
Alicia Reyes Nájera **

El modelo tradicional de educación continua de los odontólogos no cubre las necesidades actuales de los cirujanos dentistas, a pesar de que se han incluido temas relacionados con la bioética y que se han impartido como una cátedra formal o como optativa en las currículas universitarias. En la actualidad, los odontólogos requieren de información enfocada a la creación de sistemas que le apoyen en la toma de decisiones que respondan a las necesidades de la salud actual de nuestra población.

Un nuevo modelo de formación que ofrezca al odontólogo las herramientas para interactuar con el nuevo esquema de los pacientes, ahora más autónomos y críticos que en los tiempos pasados. Así mismo, que también se les proporcione la información y estrategias con respecto a la promoción para la salud bucal y la prevención de sus enfermedades, como un bien que por su profesión están obligados a proporcionar. Esto quiere decir que se deben fomentar las medidas sanitarias y sociales en busca de una mejor práctica, más ética y más humana.

Actualmente nos enfrentamos a numerosas y complejas controversias éticas en la atención médica como es: la relación médico-paciente y odontólogo-paciente, la investigación con seres humanos y la formulación y ejecución de políticas de salud pública, en donde la bioética es la disciplina que busca aclarar los problemas éticos que surgen en el marco de la salud, que influyen a la salud bucal y a la salud pública, desde el punto de vista de la ética en un marco de lo individual y de lo general.

La integración sistemática de la ética en materia de salud requiere claridad conceptual sobre la bioética como disciplina, para esclarecer los problemas éticos que surgen en la atención de la salud integral del paciente. No es una disciplina empírica, porque analiza y fundamenta la situación concreta.

Es normativa, porque examina lo que “debe ser” que con frecuencia difiere de lo que “es”. Es una disciplina que consiste en la actividad analítica y fundamentada en principios y criterios éticos que busca guiar la práctica en las distintas áreas de la salud (Public Health 2002).



La Agenda de Salud para las Américas, resaltó la importancia de promover la bioética: “La bioética tiene que difundirse y aplicarse más en los países de las Américas, para resguardar

* Coordinadora Estatal del Programa de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México.

** Coordinadora de Línea de Vida del Programa Nacional de Salud Bucal de la Secretaría de Salud, Especialista en Opediatría y en Ortodoncia.

la calidad de la investigación y el respeto a la dignidad de las personas, salvaguardar la diversidad cultural y la aplicación de los conocimientos en salud, así como su aplicación en la toma de decisiones en salud pública” (Agenda de Salud para las Américas 2008-2017). Pretende llevar a los Estados Miembros la información actualizada sobre el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el ámbito de la bioética y mostrar la importancia de integrar las consideraciones éticas en las políticas de salud, la atención médica y la investigación con seres humanos relacionada con la salud, y en el desarrollo y la adopción de nuevas tecnologías que tienen una repercusión sobre la salud (La Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017).

La ética en la Salud Pública es un campo emergente que surgió hace dos décadas. El Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estableció en 1993 en Santiago (Chile), con la misión de cooperar con los estados miembros de la organización y sus entidades públicas y privadas en el desarrollo conceptual, normativo y aplicado de la Bioética en sus relaciones con la salud: “alentar a los estados miembros a que incorporen el desarrollo de la capacidad de análisis bioético dentro de las funciones normativas y de rectoría de los Ministerios de Salud ya que formulen políticas públicas sanitarias fundamentadas en los principios bioéticos, en particular con respecto a la investigación con sujetos humanos”. Mismo que fue trasladado a la sede de la OPS, en Washington DC, e incorporado a la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (Organización Panamericana de la Salud).

Las actividades de salud pública aspiran a beneficiar a los pacientes o a las poblaciones involucradas y generar conocimiento que sea provechoso para la comunidad. Cuidando a personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de comunidades y pueblos que

sufren de discriminación y otras violaciones de los derechos humanos fundamentales (UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos).



Para Lee M. la Salud Pública es “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y a su vez promover la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, las comunidades y los individuos (Lee M. 2012).

En la medicina están involucrados: el médico, el paciente, la autonomía de ambos y la enfermedad y en la salud pública están: la población, prevenir la enfermedad y la interdependencia. Esto nos lleva a la pregunta ¿Si el bien de la comunidad está por encima de los derechos de los individuos? Con esto quiero decir que en algunas intervenciones que se realizan en salud pública benefician a la mayoría de los individuos, pero existen algunos en particular que se pudieran ver dañados, dificultando la definición de la ética de la salud pública, porque el deber de respetar y proteger a todos los individuos en ocasiones no se cumple, encontrándose implicaciones éticas en las intervenciones colectivas (Petrini C, 2008).

El análisis bioético se realiza a la luz de valores fundamentales que buscan el respeto a los

seres humanos y su capacidad de decidir por sí mismos sobre la base de sus valores y creencias. Así mismo, proveer el bienestar y la justicia en las personas y las poblaciones.

En las políticas de salud pública se deben abarcar todos los contextos y situaciones, identificando los elementos moralmente relevantes y buscando la consistencia, siguiendo el modelo de un diálogo plural, inclusivo y respetuoso de la diversidad. Considerar las distintas perspectivas involucradas, como una actividad deliberativa. El análisis ético no siempre lleva a una respuesta unívoca, es posible que haya más de una manera de proceder que sea éticamente correcta, que impliquen juicios de valor sobre lo correcto y lo justo.

Evaluación ética de una intervención en salud pública.

A fin de determinar si una política o intervención en salud pública es ética, es preciso evaluar si hay evidencia de que:

- a) La intervención es efectiva para lograr los objetivos propuestos;
- b) Los beneficios de la intervención para la salud pública superan los daños y cargas que pudieran resultar de la intervención;
- c) El objetivo de salud pública no puede alcanzarse de una manera distinta que implique menos cargas para la población;
- d) La intervención va a resultar en la menor cantidad posible de cargas o efectos adversos; y
- e) Las cargas y los beneficios se van a distribuir de manera equitativa, minimizando si es posible injusticias sociales anteriores.

Además, por el imperativo ético de tratar a las personas con respeto, deben utilizarse procedimientos justos, tales como una deliberación pública, para determinar qué

cargas son consideradas aceptables por la comunidad en cuestión (Childress JF, 2002, Kass N. 2001).

Como ejemplo podría citar el caso de la fluoruración de la sal de mesa, a la que se le adiciona 200 a 250 miligramos de fluor por kilo de sal, siendo esta la dosis recomendada en muchos países como medida masiva de prevención, de bajo costo y alto impacto contra la caries dental (OPS, 2006).

Esta medida no es indiscriminada, sino requiere de investigaciones basales orientadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la determinación de las concentraciones de ion flúor, que permiten conocer las comunidades del país que no requieren ingerir sal fluorurada, por consumir ya cantidades óptimas o altas de manera natural en el agua de su región, además de conocer la situación actual de la salud bucal para poder evaluar el impacto del programa después de que transcurran aproximadamente cinco años.

Las ventajas de este programa han sido probadas desde hace más de 30 años en Europa y en México.

Experiencias en diferentes países, muestran que la fluoruración de la sal disminuye en 60% el problema de caries dental que afecta a la población.

Se considera que la sal es un vehículo seguro, eficaz y de bajo costo que permite hacer llegar el fluoruro a grandes grupos de población sin distinción de posición social o económica.

La sal con su doble función, como producto indispensable y como recurso estratégico para la prevención de enfermedades, involucra a la industria salinera y es responsabilidad de ésta participar en el bienestar de la población de muchos países (Manual para el uso de Fluoruros, 2003).

En el año de 1991, se llevó a cabo el Seminario

Internacional de Fluoruración de la Sal en México, con los auspicios de la OPS/OMS – W. K. Kellogg Foundation y se extiende a toda la República Mexicana el proyecto iniciado en el Estado de México. Se firmó un acuerdo de concertación entre la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, la Asociación Mexicana de la Industria Salinera, A. C. y la Secretaría de Salud, en el mismo año, con el propósito de poner en marcha esta medida masiva de prevención para contribuir a la disminución de la incidencia y prevalencia de caries dental en nuestro país, con excepción de cinco entidades federativas excluidas del programa de fluoruración de la sal: Aguascalientes, Baja California Norte, Durango, Guanajuato y Zacatecas, por contener niveles altos de ion flúor en el agua para consumo humano.

En el Estado de México se encuentran varios municipios donde no puede comercializarse sal adicionada de flúor, debido a que el agua de consumo presenta una concentración mayor a 0.7 mg/l de flúor: Zumpango y Tenango del Valle, parcialmente en: Apaxco, Atenco, Atizapan de Zaragoza, Atlautla, Cuautitlán Izcalli, Huehuetoca, Hueypoxtla, Ixtlahuaca, Jilotepec, Tequixquiac, Texcoco y Tlalnepantla de Baz. Regularizandote la distribución en el estado a finales de 1998. (NOM-040-SSA1-1993; Manual para el uso de Fluoruros, 2003).



Desde el punto de vista de los principios bioéticos, nos debemos preguntar: ¿Si la fluoruración de la sal es buena para toda la población? ¿Si el riesgo-beneficio es acorde con los resultados en investigaciones realizadas desde el inicio del programa? Esto es: ¿Si el riesgo de fluorosis dental es menor al beneficio esperado de bajar los índices de caries de la población? Valorar: ¿Si se están implementando acciones para minimizar los riesgos o daños a la salud?

Esta intervención desde la Ética de la Salud Pública toma en cuenta principios y valores como:

- a) La Participación, que tiene que ver con las decisiones en Salud Pública, mismas que son tomadas por las Instituciones de Salud, las cuales fueron creadas por y para beneficio de la población. Las decisiones se dan a conocer a la comunidad, mismas que en el programa de fluorización de la sal se contemplaron, porque se difundieron con oportunidad mediante carteles informativos en las zonas donde se podía consumir sal fluorurada y en las zonas donde no.
- b) La Interdependencia, consiste específicamente en las acciones que se llevaron a cabo para la ioperación del programa y de cómo impactan a las personas.
- c) La Evidencia Científica, que consiste en ir más allá de la conjetura u opinión, ya que las decisiones se deben fundamentar sobre una evidencia científica sólida. Este programa ha realizado múltiples investigaciones, a partir de 1945 se ha demostrado que la incorporación de flúor al agua en la proporción de una parte de flúor por un millón de partes de agua (1ppm), reduce significativamente la caries dental; estos estudios dieron la pauta para que en diferentes países se adoptara la fluoruración del agua como una importante medida de salud pública, entre ellos se encuentran el Reino Unido, Rusia,

Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y Australia.

Los resultados en la disminución de caries por la presencia del fluoruro en el agua han sido muy satisfactorios; sin embargo, muchos países no disponen de un sistema de abastecimiento de agua potable de cobertura total a su población, además de carecer de tecnología y de personal especializado para la implementación y control posterior; por estas razones, la fluoruración del agua resulta ineficiente para enfrentar la problemática y en nuestro país se optó por la fluoruración de la sal de mesa.

Principios bioéticos involucrados:

- Beneficencia, porque se está actuando para prevenir una enfermedad y bajar los niveles de incidencia y prevalencia de la caries.
- No maleficencia, consiste en comprobar científicamente que no causa daño, misma que se sustenta en estudios que han sido la piedra angular de las estrategias contra la caries dental a escala mundial, debido a su eficacia, seguridad y economía, hecho bien documentado en la literatura y se implementan acciones para evaluar y minimizar los riesgos o daños.
- Justicia, que consiste en llevar a todos los miembros de una comunidad los beneficios del programa, sin importar posición social, cultural o de género.
- Autonomía, este principio es el que podría encontrarse vulnerado, porque es una intervención masiva, existe la posibilidad de que algunos particulares resulten afectados por este programa, por lo que surgen las siguientes preguntas:

¿Es bueno para toda la población? ¿Existe quien se sienta coaccionado por estar dentro de un programa sin ser consultado previamente o haber sido informado de los daños que pudiera tener como individuo?



En este sentido, el programa ha difundido con anterioridad las regiones en las que no se debe consumir sal fluorurada y en qué casos no se debe usar la aplicación tópica del mismo elemento, ya que la administración de flúor se realiza a través de dos vías: la sistémica (que se distribuye por vía sanguínea por medio de la ingestión) y la tópica (de efecto local) (Manual para el uso de fluoruros, 2003).

En conclusión, el Programa de Fluoruración de la Sal cumple con los lineamientos éticos de una intervención en salud pública, sin embargo se requiere de instrumentos de control para monitorear el programa constantemente y así evitar el daño a las personas que por sus características particulares se podrían ver afectadas.

El Programa Regional de Bioética propone que la Oficina y los Estados Miembros enfatizen los esfuerzos encaminados a garantizar el respeto a los principios éticos en las intervenciones de salud pública, con el objetivo de incorporar la ética de manera sólida y sistemática en las distintas áreas de la salud, se propone una variedad de

mecanismos, que incluyen: el fortalecimiento de las capacidades de bioética, así como su aplicación y análisis, priorizando a los responsables de las decisiones políticas y al personal de los organismos gubernamentales de salud. Con la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y regulaciones en las áreas propias de la bioética y reglamentaciones resultantes éticamente sólidos.

Para llevar a cabo estas tareas, la OPS propone estrechar la coordinación del Programa Regional de Bioética con la Unidad de Ética de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

los Centros Colaboradores de Bioética ubicados en la Región, y el Programa de Bioética de la UNESCO; lo anterior con la vigilancia de las Comisiones Nacionales de Bioética, multidisciplinarias y plurales, que sirvan como órganos consultivos, que aporten información para la toma de decisiones y lideren debates públicos sobre temas de bioética.

La OPS propone unir esfuerzos con la UNESCO para brindar apoyo a las Comisiones Nacionales de Bioética y éstas a su vez a las de las entidades federativas (ops, 2006).¹⁶



Referencias Bibliográficas:

Childress JF, Faden RR, Gaare RD, 2002 et al. *Public health ethics: mapping the terrain*. J Law Med Ethics. 30(2):170-181.

Kass N., 2001 *An ethics framework for public health*. Am J Public Health. 91(11):1776-1782.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la ciudad de Panamá en el marco de la XXXVII Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos; junio del 2007 Washington (DC): OPS; 2007) http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf. [consultado el 3 de abril del 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.

Lee M., 2012 *Public health ethics theory: review and path to convergence*. J Law Med Ethics. 40(1):85-98.

Manual para el uso de Fluoruros dentales en la República Mexicana, 2003, Secretaría de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993, *Productos y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada*. Especificaciones sanitarias.

Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética [Internet]. 42.º Consejo Directivo de la OPS, 52.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del

27 al 29 de septiembre del 2000. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2000 (resolución CD42.R6) [consultado el 3 de abril del 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_fr-s.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, 2006. Programa Bucodental, Uso de la Fluoruración de la Sal, para prevenir la caries dental, OMS/OPS/W.K.Kellogs Foundation, Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud. Establecimiento del programa Regional de Bioética (Internet). Consultado el 15 de octubre del 2012. Disponible en: http://www.paho.orgspanish/gov/cd/cd42_09-s.pdf.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Salud Bucodental. Estrategia Regional de Salud Bucodental de los Años Noventas. Washington DC., mayo 1994.

Public Health 2002, Leadership Society: Principles of the ethical practice of public health. 2.2 edition. USA. 11.

Petrini C, Gainotti S., 2008. *A personalist approach to Public Health Ethics*. Bull World Health Org. 86(8): 624-28.

UNESCO, *Bioética y Derechos Humanos*, disponible en: <http://portal.unesco.org/es/ev.php>. Consultado el 15 de octubre del 2012.

De la Ciencia a la Conciencia





La ciencia de la axiología formal y la importancia de los valores humanos en la calidad de los servicios

Lino Teja García *

En el Siglo XXI, México enfrenta importantes retos económicos, sociales y culturales. La constante evolución del entorno mundial y el cambio tecnológico acelerado han agudizado en los últimos años los cambios y oportunidades que plantea la globalización.

A partir de nuestra riqueza histórica y cultural, enfrentamos el desafío de hacer realidad el anhelo de muchos mexicanos ante las profundas transformaciones que vivimos: un México más justo y más equitativo, competitivo y generador de empleos, democrático y proyectado al mundo, donde cada uno de los mexicanos sea protagonista del desarrollo y donde sus beneficios lleguen a todos los que formamos parte de esta nación.

Dado el interés de toda profesión de preocuparse por definir las normas éticas que regulen las actividades de quienes la ejercen, con el fin de asegurar que los conocimientos propios de la disciplina sean aplicados por profesionales calificados, competentes y responsables humana y socialmente, para que de esta manera se contribuya a preservar el bienestar del individuo, de la sociedad y de su entorno, los principios éticos y su aplicación al ejercicio de la actividad del profesional de la salud, de los miembros de la comunidad médica y del sistema de salud estatal.

La materia hoy es la “axiología formal” y sus aplicaciones a la operación de las instituciones de salud. Entenderemos que cada persona tiene habilidades particulares que la califican para un buen desempeño en sus roles. Los juicios de valor que cada persona tiene son el ancla y corazón de su toma de decisiones.

Podemos usar el conocimiento de la axiología y los Perfiles de Valores Hartman (HVP) para medir la calidad de su toma de decisiones y encontrar áreas débiles que pueden ser corregidas con educación axiológica y supervisión de las mismas, de preferencia con un mentor cuando sea posible.

Nuestra meta es presentar el Perfil de Valores Hartman (HVP) en sus formas enfocadas (TAPs) y mostrarle cómo pueden ser útiles para mejorar la administración de los asuntos de recursos éticos de las instituciones de salud.



Robert S. Hartman

La axiología formal

La *axiología formal*, es la aproximación científica al entendimiento de los valores y el juicio humano que se lleva a cabo cuando se realizan decisiones evaluativas. El conocimiento de la axiología permitirá entender los fundamentos en que subyacen las características de la toma de decisiones de todas las personas. “La axiología formal” es “La ciencia del valor.” Es una nueva ciencia que se establece en sólidos cimientos

* Maestro en Psicología por la Universidad Iberoamericana con estudios de Axiología formal por el Instituto Robert S. Hartman.

lógicos e históricos. Provee formalmente (matemáticamente) el marco de referencia para establecer la diferencia entre “lo que es ahora” y “lo que debe ser” o puede ser en el futuro.

Esta estructura lógica del valor, llamada “axiología formal,” brinda los cimientos para entender el mapa de ruta del desarrollo humano y para usarlo para un mayor éxito en el trabajo, en la carrera y el enriquecimiento de la propia vida.



El desarrollo de la ciencia del valor es quizá el mayor logro de la vida. La axiología es el único marco referencial que aporta *lazos lógicos integrados* entre los aspectos dimensionales de la vida: *el racional, el material y el emocional*. Estas dimensiones pueden expresarse matemáticamente usando el axioma del valor y así, convertirse en el cimiento de una ciencia de vida.

Concepto de valor en la axiología formal

Todos estamos equipados con una mente activa, sensibilidades emocionales, y con capacidades de percepción, a través de los cinco sentidos, los cuales nos aportan los medios para mantener un *contacto vital con la realidad*. Así es como sobrevivimos en y nos adaptamos al mundo cambiante en el que vivimos hoy.

Este proceso de adaptación a la realidad, es necesario para la supervivencia de toda

vida. Es un proceso constante de acción, reacción, ajuste y reajuste de nuestro mundo circundante, dinámico y cambiante.

Algunos somos más adaptables que otros, y en general somos más adaptativos que los animales. Esta adaptabilidad muy frecuentemente toma la forma de hábitos conductuales y puede expresarse en términos de orientaciones o perspectivas. Los hábitos que formamos acerca de cómo nos relacionamos y mantenemos la armonía con el mundo alrededor. Desarrollamos puntos de vista preferidos de acuerdo a lo que ha funcionado o no ha funcionado en nuestro continuo esfuerzo por vivir armoniosamente en nuestro medio ambiente.

Nuestro mundo en el 2012 es ciertamente complejo. Está marcado por enlaces de medios de comunicación instantáneos que unen al mundo entero a través de lenguajes y tecnologías como los de la televisión y la red mundial de Internet basada en la computación. Este lenguaje es tan persuasivo que todos lo damos más o menos por sentado. Tomamos miles de decisiones, conscientes e inconscientes cada minuto para estar al ritmo de todos los “sucesos” en nuestro mundo. La información que recibimos varía sobre un amplio rango de significados incluyendo palabras, ideas, cosas, eventos, acciones, gente joven y vieja, diferentes razas, culturas, gobiernos locales y hasta globales, etc. Todo mezclado e imbuido en nuestra vida en el mundo común.

Cuando nos *relacionamos* con el mundo a nuestro alrededor, digamos para solucionar un problema práctico, confiamos en nuestro conocimiento adquirido y nuestra intuición o “sentimientos” acerca de la situación. Cuando *valoramos* cualquier cosa, usamos tanto nuestro conocimiento de esa cosa, cuanto nuestros sentimientos emotivos al respecto, al realizar el juicio de valor.

Gran parte de la información que recibimos es directa e inmediata, y simplemente no hay

tiempo para pensar en todos los detalles. En muchas situaciones, el tiempo de respuesta es de sólo segundos, como cuando un pez muerde la línea o al pasar la pelota a un compañero en un juego de fútbol soccer. Si te detienes a pensarlo sólo por un segundo, la oportunidad puede perderse. Hemos aprendido a lo largo de un gran período de tiempo a responder a una gran cantidad de la realidad del mundo a nuestro alrededor, inmediatamente sin detenernos a pensar. Así, desarrollamos acciones reflejas activadas por ciertos disparadores.

Hemos experimentado esto muchas veces, ¿cuántas veces hemos lamentado decir o hacer algo porque no tuvimos tiempo de pensarlo, considerando todas las consecuencias? La otra cara de la moneda es pensar demasiado una situación. Si deliberas demasiado, te pueden acusar de no ser capaz de decidir. Nuestro *pensamiento* tiene que estar en *sincronía* con nuestros *sentimientos* o intuición y correcta percepción para lograr resultados exitosos.



¿Cuántas decisiones realizamos cada día? Ciertamente hay miles, pero muchas son hechas con respuestas condicionadas. No pen-

samos en muchas de esas decisiones; posiblemente hacemos menos de diez decisiones cuidadosamente pensadas entre miles cada día. Sería muy benéfico si pudiéramos aprender cómo realizamos todas esas decisiones “automáticas” y descubrir la estructura del juicio de valor que subyace nuestras decisiones.

Independientemente de si en una situación es mejor responder con una respuesta inmediata o aprendida o con un proceso de cuidadosa deliberación, existen tres dimensiones de fuentes básicas de información involucradas. Siempre evaluamos una situación dada en relación a estas tres dimensiones o fuentes primarias: **ideas, cosas y gente**. Nuestro *juicio valorativo* se desarrolla y es refinado a lo largo del tiempo en relación a la información de estas tres dimensiones. El “test” del Perfil Axiológico de Valores Hartman (HVP) mide cómo una persona se ha condicionado para tomar decisiones, mostrando la subyacente *estructura de juicio*.

El Profesor Robert S. Hartman y el descubrimiento del axioma del valor

Para entender estas dimensiones, la fuente y nuestra relación con ellas, hacemos uso de una nueva ciencia del valor. El nombre de esta nueva ciencia es **axiología formal**. En donde se define “Axiología” como el estudio sistemático del valor. (Enciclopedia Británica). El nombre tiene poco más de cien años de antigüedad, empezó a ser la etiqueta para la “teoría del valor” poco después del 1900.

La Axiología, no es acerca de los valores como comúnmente se entienden, sino acerca del valor, en el sentido más amplio Valor con “V” mayúscula.

Usamos la axiología porque necesitamos su amplio enfoque para capturar el rango completo de la experiencia valorativa humana. El profesor y mentor, Robert S. Hartman, creó una “axiología formal” y

publicó varios libros: “The Structure of Value”, 1967, y “The Knowledge of Good”, publicado póstumamente en el 2002. El axioma de valor de Hartman equiparaba “Valor” con “semejanza de intención” o plenitud de concepto. La Axiología, en el sentido formal o científico, es un método axiomático que proporciona un marco referencial que explica la experiencia para toda clase de valores y situaciones valorativas. Ejemplo: si un lápiz cae al suelo, “gravedad” es el marco de referencia que lo explica. Cuando una persona “valora” una situación dada o una cosa, “axiología” es el marco de referencia que lo explica.

La Axiología, es un marco de referencia que equipara “Valor” con “Significado”.

Todos sabemos que hay muchas clases o formas de significado. La ciencia del Valor identifica los elementos de cimiento del significado en tres formas básicas:

- a) Ideas: significado estructural o *sistémico*,
- b) Cosas, significado externo o *extrínseco*, y
- c) Gente: significado inter-subjetivo o *intrínseco*.

Si aplicamos estas formas o dimensiones de significado, a nosotros como personas, obtenemos tres formas de auto-apreciación similar a aquella del mundo exterior a nuestro alrededor. Tales son:

Pensando: significado personal estructural: “Sistémico”

Haciendo: significado personal externo: “Extrínseco”

Sintiendo: significado personal intra-subjetivo: “Intrínseco”

Las listas arriba pueden verse desde dos universos con tres dimensiones cada uno. Los dos son el mundo exterior a nuestro alrededor y el mundo interior, privado del ser.

El axioma del valor interrelaciona estas dimensiones matemáticamente y, como tal, pueden ser combinadas para formar una jerarquía de valor con base lógica matemática y esta jerarquía de valor puede usarse para hacer un “examen valoral” de juicio, del Perfil de Valores Hartman (HVP).

El Perfil de Valores Hartman (HVP)

El Perfil de Valores Hartman (HVP) fue presentado en 1960 al famoso psicólogo Eric Fromm y sus asociados en México. En 1969 fue llevado a cabo un amplio estudio de validez de constructo por Billie Elliot para su Ph.D. que disertó sobre el campo de la educación. Robert S. Hartman estuvo en el comité y guió él mismo la disertación. El más reciente sumario de estudios de validez, incluyendo estudios transculturales, es del Dr. León Pomeroy en su libro “The New Science of Axiological Psychology, Rodopi press”, 2005. En el libro del Dr. Pomeroy, se correlaciona el HVP con el MMPI y otros conocidos instrumentos válidos, estableciendo la validez empírica del HVP.

La Axiología, como ciencia del Valor, presenta un esquema tridimensional de la vida: No hay una puntuación “ideal” para cada aseveración. Un balance o simetría entre las tres dimensiones es lo más importante. Las aseveraciones no pueden ser específicamente calificadas como “correctas o incorrectas” porque las situaciones cambian; Es el estilo total lo que importa y el mejor estilo es el que aporta simetría. La mejor respuesta refleja un enfoque balanceado de la vida. Las tres dimensiones son críticas: La valía humana de las personas, el tratamiento justo de los otros en situaciones prácticas, tanto como el respeto por el conocimiento, planeación y autoridad legal. El balance inter-dimensional y la integración son vitales para la mejor toma de decisiones, y la gente que está balanceada generalmente será más efectiva en la vida que aquellos que están fuera de balance.

Descripción de las dimensiones axiológicas

Sistémica

Esta dimensión se enfoca en el *sistema y el orden, conocimiento y autoridad* y en todos los aspectos de la sociedad con componentes necesarios de *organización estructural*, como las reglas establecidas y las políticas. Tener claramente definidos los estándares, una cadena de comando y autoridad, los controles y estándares objetivos son valores sistémicos clave que proveen los cimientos de esta dimensión.

Este enfoque revela como lógica rectora una orientación estructural bien ordenada hacia la vida. La neutralidad emocional, certeza cognitiva, una visión ideal del futuro, y una disciplina consistente son fundamentos para lograr el éxito en la vida.

La organización, claridad de propósito, conocimiento y juicio correctos, conciencia de las obligaciones y cumplir con las demandas, tanto como líneas claras para toda función son componentes sistémicos esenciales para la vida. Las personas con un alto énfasis en esta dimensión se enfocan en sistemas de conocimiento, leyes, respeto por y acuerdo con la autoridad en su estilo de vida.

Extrínseca

Esta dimensión se enfoca en la realización *práctica del trabajo y las tareas sociales* en toda situación y momento. La dimensión externa se enfoca en el valor comparativo de cómo las tareas y proyectos de trabajo deben realizarse. Cuando todas las personas sean tratadas igualitaria y justamente, y a cada cual se le dé una oportunidad equitativa de realizar sus roles y funciones asignados, pueden *evolucionar* hacia un mejor desempeño y mayor productividad.

El valor extrínseco significa enfatizar en cada persona una contribución de valor de conducta funcional y responsable. Esto es lo

mejor para cada persona en la organización donde trabaja, y para la sociedad como conjunto. Esta perspectiva incluye relacionar y comparar todos los detalles y funciones de cada tarea, el desempeño de cada equipo, individuo y toda motivación que contribuya a la evolución activa del potencial de la institución.

Un alto énfasis de valor en esta dimensión refleja una orientación práctica hacia las normas sociales y profesionales, servir bien al público promoviendo la armonía social y proveyendo la mejor oportunidad de una exitosa implementación de planes organizativos y operaciones. Recursos talentosos, buenas tácticas, procedimientos correctivos y métodos, alta productividad, e integrando tareas aisladas y eficiencia de equipos que contribuyen a lograr los resultados deseados.

Intrínseca

Esta dimensión involucra el reconocimiento y respeto de la *valía intrínseca y la dignidad* de todas las personas y todos los aspectos de las organizaciones y su cohesión en un todo vibrante como una “máquina” bien aceiteada. La contribución singular de cada persona se combina con la de todos los demás para mejor implementar el plan que influya en el éxito de la institución de salud.

Un alto énfasis y enfoque en esta dimensión refleja sensibilidad interpersonal, buena comunicación, preocupación por los pacientes y la satisfacción de los mismos, elevar el espíritu de equipo, la esperanza y la moral alta. Una visión compartida y enfoque de cómo el plan global de salud promueve el éxito, es el cimiento para la cooperación e integración de todo médico en un equipo productivo y eficiente. Un alto énfasis aquí tiende a “crear lazos” con la organización y sus metas; dedicación personal a, e identidad con la institución.

Estas dimensiones componen una jerarquía de riqueza en el marco de la axiología. La significación de una “*persona*” es siempre

más rica que la significación de una “cosa”. También, la significación de una cosa es siempre más rica que la significación de la idea de la cosa. De cualquier forma, los humanos tienen la capacidad de enfatizar cualquiera de estas formas sobre las otras en cualquier momento, basados en la situación y su inclinación, voluntad o deseo. Forman hábitos de énfasis que guían su toma de decisiones. Tales patrones de énfasis incluyen las *sobre-evaluaciones y de-valoraciones*, indicando “alta percepción” o “baja percepción” en cualquiera de las dimensiones debido a un condicionamiento emocional. Una “baja percepción” indica debilidad en tal dimensión y la posibilidad de que la persona necesite mayor educación y entrenamiento en tal dimensión.

Dado que nunca encontramos una de estas dimensiones en forma aislada, necesitamos lazos que relacionen cualquier forma dada con las otras dos, para una completa y coherente percepción de la realidad. Tal enlace tripartita captura la relación entre las formas que varían de acuerdo al énfasis de cada persona; a veces una “idea”, para una persona, tiene mayor énfasis que las “cosas” o la “gente”; o a veces, una “cosa o proceso” tiene más énfasis que la “gente” o las “ideas”. Si listamos todos los posibles patrones entre estas tres formas, encontramos trece formaciones. Estas trece formaciones universales son la estructura de la “interpretación del significado”.

Con el tiempo, una persona desarrolla un estilo preferencial de énfasis para interpretar el significado de cualquier situación dada. El estilo preferido de énfasis se cristaliza con el éxito para relacionarse con el mundo.

La gente actúa de acuerdo a lo que es más significativo para ella. Este modelo preferido de interpretar el significado del mundo (o del *self*) se conoce como el estilo de evaluación habitual de una persona o estilo de vida valorativo. Tales estilos se llaman “patrones tipo” y “patrones de tendencia” en los reportes de medición axiológicos.

El HVP fue diseñado para facilitar a una persona entender mejor su estilo de vida valorativo y, desde ese cimiento, aprender cómo liberar potencial de crecimiento y desarrollo. Aprender más acerca del estilo valorativo preferido provee pistas para entender sus talentos y desarrollarlos mejor.

Estilos de vida tridimensionales

El HVP está diseñado para ayudarle a “descubrir” más acerca de sí mismo y su potencial. Revela su manera preferida de evaluar el significado de todo en el mundo y el significado de la propia vida. El resultado de su perfil se combina en tres categorías o dimensiones de juicio. Sus talentos tienden a agruparse en una y a veces en dos de estas categorías. Algunas personas han desarrollado talentos equivalentes en las tres categorías, un estilo de vida integrado.

El tipo especial de talentos que se tenga puede entenderse en términos de estos estilos de vida. El patrón de estilo de vida representa como se tiende a interpretar el significado en el mundo que le rodea y el significado de su propia vida en el mundo.

Elevando la conciencia Ética

La ética y el comportamiento de un individuo en su relación con otras personas también son atributos muy importantes para toda la gente. La ética está basada en el reconocimiento del “valor intrínseco” y pertenece a la dimensión axiológica de lo intrínseco. El valor intrínseco es una relación “holística” con otra gente; la ética implica el reconocimiento de, y la sensibilidad hacia la dignidad humana de otras personas, es multi-dimensional, pero se centra en el reconocimiento de los otros como individuos únicos e irremplazables.

Los resultados del HVP muestran cuando una persona es relativamente débil en la dimensión holística, la dimensión axiológica intrínseca. Esto no evidencia definitivamente la conducta ética, pero muestra hipótesis que

indican mayor investigación. Si obtenemos resultados del HVP que muestran que lo intrínseco es la dimensión más débil, esto puede significar debilidad en la ética. En este punto, esta determinación es una hipótesis que debe ser verificada con evidencia clara de comportamiento personal “inadecuado.”

Tales resultados mostrarán cuando es muy probable que una persona no esté muy clara de cómo tratar a otras personas éticamente. Para examinar mayormente, tenemos también las Formas Paralelas del HVP que trabajan con Ética, como el Perfil Pro- Ética, y ahora el Perfil disponibles sobre pedido.

Todas las posibilidades y ventajas que usted vislumbra en la tecnología de la axiología aplicada están ahora al alcance en México a través de Axiological Comprehensive Evaluative Services, que inicia su capítulo Latinoamericano este año, con representantes de sólida experiencia y una gama de servicios que van de selección y manejo de personal hasta formulación de códigos e idearios bajo el esquema de la Axiología Formal, ciencia del Valor, que operacionaliza el concepto del Valor, identifica su presencia y características en las instituciones y

establece cursos educativos, programas de desarrollo de valores al personal y proyectos de administración de directorios, incluso en iniciativas tan grandes como el Código Ético de la AMOCVIES, a publicarse este año. Para el sector salud tenemos a disposición el perfil pro-health, que mide la calidad ética en la prestación de los servicios de salud, el dental profile y el *weight control*, entre muchos otros, felizmente ya disponibles en español a través de nuestra oficina mexicana.

Le invitamos a compartir y divulgar este conocimiento. Existe un foro común donde todos los practicantes, comerciales y académicos, se unen para discutir el desarrollo de la axiología formal cada año, este foro está auspiciado por el Instituto Robert S. Hartman localizado en Knoxville, Tennessee. Visite el website y aprenda más de la organización establecida para promover y desarrollar la axiología formal de Hartman. Las direcciones electrónicas son: www.hartmaninstitute.org, axcesmexico@hotmail.com y en Facebook: [axces latinoamerica](https://www.facebook.com/axceslatinoamerica).#



¿Por qué se corrompen los servidores públicos?

¿Dónde está su ética?

Victorino Barrios Dávalos *

La respuesta a estas históricas e interesantes preguntas, las habían tratado de responder los antiguos griegos, quienes desde su particular manera de explicar el universo, describían a través de diálogos y fábulas como el mundo de las cosas estaba conformado por dualidades. Entre los clásicos de la antigüedad, es de destacar a Aristófanes, quien a través de sus fábulas satirizaba las conductas humanas de su tiempo. En la fábula “Los caballeros”, Aristófanes describe como los hombres son tentados a ser corruptos, mediante el empleo de varias tretas, entre ellas la adulación y el engaño. En “Los caballeros”, un personaje que lleva la máscara del general Demóstenes, intenta convencer a un choricero de nombre Agorácrito que está predestinado a ser quien dirija los destinos de Atenas. Aquí una parte del diálogo:

- Demóstenes: ¡Mortal bienaventurado! ¡Mortal opulento que no eres nada y mañana lo serás todo! ¡Oh tú, que has venido al mundo para felicidad de los atenienses!
- Agorácrito: ¿Por qué, buen hombre, te burlas de mi y no me dejas lavar estas tripas ni vender estos chorizos?
- Demóstenes: ¿Qué tripas? ¡Insensato! Mira allí. ¿Ves esas filas de ciudadanos?
- Agorácrito: Las veo.
- Demóstenes: Estás destinado a ser el soberano de todos esos súbditos. Serás el jefe del mercado, y de los puertos y de la Asamblea; pisotearás al Senado, destituirás a los generales, les cargarás de cadenas, los reducirás a prisión y establecerás tu mancebía en el Pritaneo.[...];¹

- Agorácrito: ¿Quieres decirme cómo yo, que soy un choricero, puedo llegar a lo que se llama un personaje?
- Demóstenes: Por eso mismo llegarás a serlo; porque eres un audaz, salido de la hez pueblo

Como se puede observar, tenemos aquí una de las máximas expresiones de adulación, muy comunes por cierto hoy en día.



Otras explicaciones más recientes, nos indican que la corrupción tiene sus causas en la ignorancia, que se refiere a la falta de comprensión y madurez de juicio para llegar a la excelencia humana (Bautista O. 2009).

Sea por ignorancia o derivado de la complicidad con la que suele darse la corrupción en el sector público,² lo cierto es que muchos ser-

* Contralor del Poder Legislativo del Estado de México.

1. Así se le llamaba a la antigua Grecia, a la sede del Poder Ejecutivo, también al edificio donde se reunían los magistrados, en el siglo II a de C.

2. Aunque este no es privativo del sector público, también se le encuentra y quizá con mayor crudeza en el sector privado, baste ver los informes de hace unos días del Foro Económico Mundial, publicado en la mayoría de los periódicos mexicanos, en el sentido de que para mordidas han de dedicarse el 9 % del PIB.

vidores públicos no actúan bajo una ética de la responsabilidad pública, a la que se refería el sociólogo alemán Max Weber, donde puedan asumir la responsabilidad por las consecuencias de sus actos y actuar conforme a la ética correspondiente, quienes llegado el caso, serían capaces de decir: *“No puedo hacer nada más, aquí me detengo”* (Max Weber, 2009), un buen servidor público con cierta ética, razonaría, si lo que el superior indica u ordena es corrupción, y si no es corrupción, al menos supone una conducta de la que no puedo hacerme responsable, porque se basa en el secretismo, y éste, invariablemente tiene elementos, de alterar, podrir o echar a perder algo.

Voy a denotar algunos casos de por qué se corrompen algunos servidores públicos: En primer lugar, en nuestro país siguen prevaleciendo incentivos para la consumación de actos de corrupción, debido a que en muchos casos, debidamente probados, no se da la aplicación de sanciones y/o de mecanismos resarcitorios para los responsables, que inevitablemente están en relación directa con el grado de protección que se pueda tener.



Un segundo elemento que es menester señalar, es que los órganos de control interno y externo tendrían que contar con mejores instrumentos, con sanciones más severas en el caso de conductas deshonestas. Por ejemplo, servidores públicos que fueron inhabilitados en algún lugar y han sido contratados en otro; esto es posible por la falta de un padrón en el país que involucre a los poderes, ámbitos de

gobierno y órganos autónomos.

Otro asunto común es la dualidad, el mínimo o el vacío ético, que quiere decir, que pregonas lo que no practicas; hacer lo que se puede, sin el menor esfuerzo; “hacen como que me pagan y yo hago como que trabajo”; y finalmente la visión utilitarista, donde sólo vas a ver que te llevas de ese empleo, es decir, lo vez como una fuente de recursos, pero no de obligaciones.

Sin duda la figura del resarcimiento patrimonial, pecuniario y social, debiera incorporarse en nuestro texto constitucional y en las leyes secundarias, toda vez que los incentivos están puestos para que un servidor público que maneje fondos, valores y dinero puede desviarlos para su beneficio.

Las sanciones más comunes en nuestro Estado van del resarcimiento de uno a tres tantos del daño según la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios (LRSPeMyM), por lo que dependiendo de la magnitud de la sanción pecuniaria, algún servidor público al haber desviado recursos hacia actividades productivas o especulativas que le reportaron beneficios por encima del pago de los resarcimientos, le dejaría intactas las utilidades por el empleo ilegal de fondos públicos, es decir, solo regresa lo que se llevó ¿Pero el tiempo que lo usó? ¿Las ganancias que le reportó por el paso del tiempo?

Por ello mismo, se considera como grave, el hecho de que los beneficios personales obtenidos por el manejo irregular de fondos públicos, una vez comprobadas las responsabilidades imputadas, generan consecuencias jurídicas exclusivamente, en el ámbito de gobierno donde se produjo el daño. Esta concepción tiene que cambiar por el bien de la sociedad.

No debieran existir opciones para que un servidor público inhabilitado por alguna dependencia, pudiera ser contratado en otra.

Falta mucho por hacer en el combate a la corrupción. Los órganos de control deben tener mayor grado y margen de autonomía. Los servidores públicos tenemos la obligación de respetar las reglas, normas y principios básicos del derecho. Quienes laboramos en el servicio público, tenemos la obligación de ceñir nuestro actuar al principio de la división de poderes, es decir: la vinculación de los poderes al derecho (principio de constitucionalidad y de legalidad), de seguridad jurídica y de reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales (Galán M. 2010).

Tenemos que ser leales al Estado, máxime que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1 prevé que las instituciones deben velar por la defensa de los derechos humanos, y garantizar su protección. Por lo que el actuar de las instituciones tiene que estar dirigido hacia el respeto y defensa de la dignidad de las personas así como de sus derechos individuales, sociales y económicos.

En suma, el servidor público se corrompe porque:

- a) No hay sanciones administrativas severas, la inhabilitación perpetua, la destitución ágil, el resarcimiento económico con el agregado de los perjuicios, o bien la clasificación de estas faltas administrativas, no son catalogadas como delitos o *cuasi* delitos.
- b) El servidor público, hasta ahora puede ser sancionado en un ámbito de gobierno y moverse a otro, es decir, urge un padrón nacional único de sancionados.
- c) La protección ha enseñado sus mejores momentos, cuando más se necesita una sanción ejemplar, en ese momento aparece el padrinazgo o el compadrazgo.
- d) La opacidad es lo predominante en la información y con ello se fomenta que el

ciudadano no proteste ni denuncie acto alguno de corrupción (Morris S. 1991).

De esta manera la población marginada o en pobreza extrema y las masas de trabajadores y asalariados, son quienes verdaderamente pagan los errores de los operarios presupuestales y de los tomadores de decisiones económicas, cuyos costos se traducen en incremento de precios, de impuestos, de negación de los servicios de salud, de educación, así como despidos y reducciones de las prestaciones sociales, por tal razón, los altos servidores públicos que desviemos o sustraigamos recursos públicos, debiéramos resarcir los daños y perjuicios hasta con el patrimonio, o con trabajo comunitario en las regiones con mayores rezagos de nuestro país.

Como bien señala el jurista mexicano Jaime Cárdenas García, la sociedad civil debe contar con medios de control como: auditorías ciudadanas, *ombudsman* sociales, diferentes vías de movilización social, con el propósito que dentro del marco del derecho, la sociedad cuente con armas jurídicas para supervisar, vigilar y controlar a las instituciones, y a sus responsables. La idea es que la sociedad civil promueva condiciones más participativas y deliberativas en el mundo institucional y social (Cárdenas J. Mijangos M. 2005).

Está claro que la sociedad debe gobernar al Estado con instrumentos democráticos, tal como lo hace el Estado con la sociedad, pero con mayor transparencia y rendición de cuentas, lo cual no debe ser sólo un discurso, si no estaríamos siendo testigos de más demagogia y simulación, elementos que dañan la credibilidad en las instituciones y en el servidor público.

Si algo no es posible recuperar en nuestro trabajo, es el prestigio; puedes recuperar dinero, bienes y hasta algunas amistades, pero no el prestigio, que es algo de lo que está urgido este pueblo mexicano, y el mexiquense en particular.☞



Referencias Bibliográficas:

Bautista Oscar Diego, 2009, *Ética para Corruptos. Una forma de prevenir la corrupción en los gobiernos y administraciones públicas*, Colección Ética aplicada, Descleé de Brouwer, España, p. 53.

Cárdenas Jaime y Mijangos María de la Luz, 2005 *Estado de Derecho y Corrupción*, UNAM-Porrúa, México, p.207.

Galán Juárez Mercedes, 2010, *Análisis de la*

responsabilidad de los servidores públicos”, en Lorenzo Peña, Txetxu Ausín. Oscar Diego (editores), *Ética y servicio público*, Plaza y Valdés, Madrid, p. 394.

Max Weber, 2009, *El político y el Científico*, Ediciones Coyoacán, México, p.76.

Morris Stephen, 1991, *Corrupción y política en el México Contemporáneo*. Siglo XXI, p.13.

Perspectivas Médicas y Reporte de Casos





Dilemas en el diagnóstico prenatal

Martha Eugenia González Díaz *
Ana Ma. Millán Velázquez **

El derecho a la salud es una conquista social de los ciudadanos y para que esto se haga efectivo de una manera justa se requiere de la afluencia de elementos que favorezcan este derecho.

La Ley General de Salud establece el diagnóstico oportuno de las enfermedades, como uno de los elementos necesarios para que se cumpla este derecho a la salud, y este involucra también al diagnóstico prenatal, que consiste en todas aquellas acciones que tienen como objetivo la detección de defectos al nacimiento, que son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos (NOM-034-SSA2-2002).

La Norma Oficial Mexicana 034, menciona que algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; mediante acciones específicas que ofrezcan a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida.

En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo a la madre e hijo, así como a plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia. Esta Norma incluye los principales defectos prevenibles o susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control

que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años.

Un criterio que se debe tomar en cuenta para realizar este diagnóstico es: si existe historial familiar en que los padres han tenido hijos con anomalías previamente, en función de la edad y sintomatología de la madre. Básicamente es útil para:

- a) Controlar apropiadamente las últimas semanas del embarazo.
- b) Determinar el resultado del embarazo.
- c) Planear e identificar en lo posible complicaciones en el parto y resolver problemas que pueden presentarse en el recién nacido.
- e) Decidir si continuar o no con el embarazo.
- f) Identificar condiciones que puedan afectar embarazos futuros.

La posibilidad de diagnosticar y tratar afecciones fetales antes del nacimiento, ha determinado la aparición de dilemas bioéticos propios de este procedimiento y de la terapia en la medicina fetal, por lo que los trabajadores de la salud tenemos la obligación de conocer los aspectos legales, administrativos y morales que tienen que ver con el tema.

Cuestiones como: promover la salud del binomio madre-hijo, prevenir los riesgos que se pudieran tener durante el embarazo, así como

* Coordinadora del Comité de Bioética del Hospital Tenancingo.

** Coordinadora Estatal del Programa de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México.

las alternativas en caso de diagnosticarse una afección fetal. Desde la perspectiva de la bioética, valorar el status moral y jurídico del embrión, del feto y/o del homógénito; así como los posibles tratamientos y sus repercusiones. Esto se encuentra en el centro de grandes debates éticos que incluyen no solamente a los profesionales de la salud, sino también a la familia y a la sociedad misma.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan: el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida; adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez (NOM-007-SSA2-1993).

Los profesionales de salud son pieza clave y agentes distribuidores de un bien, un bien llamado salud y generar las condiciones para asesorar a las mujeres respecto a la salud reproductiva, misma que esta descrita en la NOM 005-SSA2-1993, que establece los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos referente a la planificación familiar, con enfoque a la salud reproductiva; con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social (NOM 005-SSA2-1993).

Asimismo, en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la Norma Oficial Mexicana 07, establece los criterios y procedimientos para la

prestación del servicio y contempla en sus especificaciones al control prenatal, la detección y control de factores de riesgo obstétrico, así como retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. En el punto 5.2.2 establece cuando es necesario suspender el embarazo, y cataloga como aborto, a la expulsión del producto de la concepción con peso menor de 500 gramos o hasta 20 semanas de gestación y control prenatal (NOM 007-SSA2-1993).

Todo esto define las acciones en salud para la atención integral de la mujer embarazada y los cuidados que se deben tener para el bebe que se está formando en su vientre, en la cual intervienen personas e instituciones con objetivos que cumplir buscando lo mejor para los pacientes.



Cuando se detecta que el producto tiene trastornos genéticos o congénitos no compatibles con la vida o que la ponga en peligro. El primer aspecto a considerar es: si se continúa o no con el embarazo, a quien le toca tomar esta decisión y bajo qué criterios.

El asesoramiento en estos casos es fundamental, debe ser dinámico e interdisciplinario (Gafo J.1992). Al médico le corresponde informar ampliamente sobre la parte técnica, científica y médica del caso y a la madre decidir qué hacer. Sin embargo, esto no le quita

al médico la capacidad legal de intervenir en la decisión. Este tipo de decisiones tienen repercusiones de tipo moral, ético, administrativo y legal, y está sustentado básicamente en el diagnóstico. Por lo que éste es fundamental para el asesoramiento exitoso.

Actualmente la bioética favorece un ambiente idóneo para el análisis y la solución de estos dilemas, que han surgido en el campo de la medicina por los avances de la tecnología aplicada en la medicina fetal y el diagnóstico prenatal. Por un lado está el principio de autonomía de la madre, que le da la capacidad de decidir y por otro el principio de beneficencia, que fundamenta la premisa del respeto absoluto por la vida del embrión o feto desde el momento de la concepción y el principio de justicia que tiene que ver con su derecho a vivir. Por lo que el diagnóstico y el pronóstico es un elemento muy importante para tomar una decisión, justa y éticamente razonable (Hurtado, O. 2000).

Otros aspectos a considerar son: ¿Cómo se entiende y se percibe la suspensión del embarazo? ¿Cuáles son los aspectos administrativos y legales que lo rodean?

En nuestro país la suspensión del embarazo por las razones antes mencionadas se concibe como “aborto por razones genéticas o congénitas”. Esta terminología permite la exculpación legal del aborto. Sin embargo, se debe considerar la subjetividad de los resultados de algunos métodos de diagnóstico y de la falta de certidumbre en cuanto a la evolución de algunas enfermedades. No obstante, las disposiciones jurídicas en nuestro país establecen algunos criterios para autorizar el aborto, como son: por causas eugenésicas graves, por trastornos genéticos o congénitos que den lugar al nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves y en pronóstico de muerte inminente. Es muy importante ofrecer la mayor cantidad de información y elementos de juicio para que la mujer pueda dar su consentimiento plenamente informado.

Cuando existan razones suficientes para diagnosticar que el producto de la gestación presenta graves anomalías genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, no compatibles con la vida o con un pronóstico pobre de sobrevivencia, dictaminado por dos médicos especialistas adscritos a la unidad médica y fundamentada en los estudios de diagnóstico realizados; además, se tendrá que establecer el procedimiento para la suspensión del embarazo.

El dictamen médico de anomalías genéticas o congénitas estará determinada por los procedimientos de diagnóstico prenatal existente, se realiza entre las primeras catorce a veinte semanas de gestación, mediante dos técnicas: las invasivas y las no invasivas. La no invasiva, consiste en la exploración radiográfica y la ecocardiográfica. Entre las invasivas están: la amniocentesis, que permite obtener células fetales del líquido amniótico para cultivo y estudios bioquímicos para la detección de trastornos metabólicos y cromosómicos; la fetoscopia, permite obtener sangre fetal de un vaso del feto o de la placenta, para detectar anemias, talasemia o distrofia muscular; la muestra de vellosidades coriónicas, Eritroblastosis fetal en sangre materna, etc. (Diccionario Mosby, 1999).

Después de confirmado el diagnóstico, se establecerán los procedimientos para la interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas o “aborto por razones genéticas o congénitas”, precisando los pasos que se deben seguir en la unidad médica para hacer efectivo el procedimiento. Desde el punto de vista legal se acepta que la mujer decida proseguir o no el embarazo, cuando el producto tiene trastornos genéticos o congénitos no compatibles con la vida o que pongan en peligro su vida. Queda en manos de la embarazada el consentimiento y la decisión final, pero es responsabilidad del médico proporcionar los elementos de juicio para que la mujer tome la mejor decisión.

Desde el punto de vista legal, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce que desde la fecundación hasta la muerte natural el ser humano tiene derecho a la vida, el embrión y el feto son bienes tutelados por la Constitución, aunque no son titulares de derechos fundamentales (Carpizo 2010).

En el Distrito Federal se puede abortar legalmente desde el 24 de abril de 2007, lo cual otorga a la mujer el derecho a interrumpir su embarazo de manera libre hasta las 12 semanas; no siendo así en el Estado de México, ya que el aborto se considera como delito contra las personas, específicamente como delito contra la vida y la integridad corporal; establece en el capítulo V, artículo 248 las sanciones a que será acreedor el que provoque la muerte del producto de la concepción en cualquier momento, salvo en casos de embarazo resultado de un delito de violación; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; y cuando a juicio de dos médicos exista prueba suficiente para diagnosticar que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves, siempre y cuando se cuente con el consentimiento de la madre (Código Penal; Nuevo Código de Procedimientos Civiles para el Estado de México, 2000).

Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 38 años, niega antecedentes personales patológicos, sin control prenatal, solo refiere ingesta de ácido fólico desde el primer mes del embarazo. Fecha de última menstruación dos de Junio de 2011, con un embarazo de 24 semanas de gestación.

Situación Clínica:

Primigesta en edad avanzada. Originaria y residente del Municipio de Joquicingo, vive en unión libre, gesta I, para 0, abortos 0, cesárea 0. Acude de manera incidental al descubrir malformaciones congénitas múltiples en estudio ultrasonográfico.

Pronóstico de la enfermedad: producto con malformaciones incompatibles con la vida postnatal, pronóstico malo para la vida del producto. Riesgo para la madre de preeclampsia, diabetes gestacional y hemorragia obstétrica.

Problema central: el día 18 de octubre de 2011 ultrasonido obstétrico solicitado por médico particular donde reportan "Embarazo de 18.2 semanas de gestación aproximadamente por fetometría. Peso estimado de 235 gramos. El cérvix midió 29 mm., el oci. 2 mm., índice de Phelan de 10. Imagen sugestiva de labio leporino, pliegue nuczal aumentado no se definen adecuadamente las estructuras intracraneanas". El día 9 de Noviembre nuevo ultrasonido obstétrico reporta producto con varias malformaciones, labio leporino, aumento del pliegue nuczal, pulmones hipotróficos, polidactilia, hipotelorismo, el corazón no presenta cuatro cámaras" Producto malformado de 22 semanas.



El día 14 de Noviembre de 2011 nuevo ultrasonido, solicitado por la propia paciente, reporta: Producto único vivo, edad estimada promedio de 20 semanas 1 día. Movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal rítmica, promedio 130 latidos por minuto. Morfología fetal mayor presenta defectos de la línea media "Hipotelorismo marcado, holoprocencefalia semilobar con fusión parcial de talamos. Labio y paladar hendido amplios, ausencia o nariz muy pequeña, gran edema cervical (higroma cervical), con hipoplasia de corazón izquierdo (ventrículo funcional único derecho). Producto con defectos múltiples especialmente de la línea media, que por sus asociaciones sugieren aneuploidia, defecto incompatible con la vida postnatal.



Quince de noviembre ingresa la paciente, con embarazo de 24 semanas de gestación por fecha de última regla. Glicemia al azar de 114, hemoglobina 13.4, hematocrito 40.4,

grupo "O" positivo, TP 90% de actividad, TPT 32.7 (33.5), presión arterial 100/70 FC 80, FR 20. temp. 36.4.

El servicio de ginecología y obstetricia, informa que la paciente no tuvo nunca control prenatal, explica además que el hecho de que el ultrasonido reporta inserción baja de placenta, pone en riesgo a la paciente de presentar hemorragia obstétrica que pongan en peligro la vida de la madre, asimismo que la edad materna avanzada junto con las malformaciones fetales reportadas colocan a la paciente en mayor riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas graves como enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional.



Refieren los médicos que este caso no tiene que ver cuestiones de valores u objeción de conciencia. El servicio de pediatría, confirma que las anomalías reportadas son incompatibles con la vida, sugiere que el embarazo debiera interrumpirse, expone que su única preocupación sería las 24 semanas de gestación.

El jurídico, comenta que el aborto en esta situación no es punible como lo menciona el artículo 251 fracción IV del Código Penal del Estado de México que menciona "Cuando a juicio de dos médicos exista prueba suficiente para diagnosticar que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que pueden dar por resultado el nacimiento

de un ser con trastornos físicos mentales graves, siempre y cuando se cuente con el consentimiento de la madre”

Identificación de problemas éticos:

Respeto por la autonomía: capacidad de decisión de la madre toda vez que tiene capacidad de raciocinio y ha sido informada ampliamente sobre el pronóstico de su producto y riesgo y complicaciones del embarazo.

Beneficencia:

Se trata de evitar complicaciones a la madre que pongan en riesgo su vida, así como se ha establecido que el pronóstico de supervivencia para el producto en este momento o aún llevando a término el embarazo es el mismo.

No maleficencia: se evita poner en riesgo la vida de la madre.

Finalmente las preguntas que hay que plantearse:

¿Qué pruebas son adecuadas para el diagnóstico prenatal? ¿Qué pasa con los médicos que tengan objeciones de conciencia? ¿La autonomía de la madre está por encima del homógénito? ¿Cuál será la repercusión sobre la familia si elige o no abortar? ¿Quién tiene la responsabilidad en la toma de decisión sobre el pronóstico del producto y de la madre? ¿En este caso se está atentando contra la vida del producto u homógénito? ¿Mantiene la paciente la libre determinación que tiene un ser humano sobre su propia vida? ¿Ante la ausencia de autonomía del producto u homógénito quiénes son los responsables de la toma de decisión? ¿Quiénes autorizan el consentimiento informado? ¿Tiene el homógénito autonomía? ¿Cuáles son los elementos de juicio e información que pueden incidir en la decisión de la familia en torno al caso? ¿Qué tan importante es la opinión profesional? ¿Se toma en cuenta el rango de error y la probabilidad en los resultados de

gabinete? ¿Cómo realiza el médico tratante la construcción de la decisión ética?

Las respuestas del planteamiento anterior deben estar a favor de la vida, del bienestar de los involucrados tanto físico como psicológico atendiendo a los principios de responsabilidad, solidaridad, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. En orden de prelación para dar respuesta se concidera en primer lugar a la ley, la opinión de la madre y su pareja, con la asesoría médica.

Selección del problema para deliberar:

Se debe identificar el problema central o conflicto ético más relevante
¿Se suspende o no el embarazo?

Deliberación del Conflicto central:

Durante el análisis se identifican los principios involucrados y se visualizan los cursos de acción posibles, ponderando cada uno y sus consecuencias, alejándose en lo posible de los extremos. Cuando se llegue a algún punto de acción se debe argumentar a favor o en contra de cada opinión.

Si se sugiere la suspensión del embarazo
¿Se está atentando contra la vida del producto u homógénito?

Si se sugiere la no suspensión del embarazo
¿Se está atentando contra la vida de la madre?
¿Se está atentando contra la integridad psicológica de la madre?

¿Se le da alguna oportunidad al homógénito

Toma de decisiones:

Elaboración de un juicio prudencial acerca del conflicto, de una resolución, de una decisión o recomendación moral. Investigar si se ha realizado en otros lados y cuáles han sido sus consecuencias. Identificar los aspectos legales, administrativos e institucionales. En este caso en particular la solución al conflicto se encuentra en la ley.

Se sugiere:

- La elaboración de una adecuada y completa nota médica fundamentando la decisión.
- Recabar el consentimiento otorgando la información amplia y completa a todos los involucrados (Madre, pareja, abuelos).

En realidad no es fácil, no depende solo de la competencia técnica, del conocimiento y

habilidades para el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos, debemos de desarrollar la sensibilidad para conseguir un abordaje adecuado de este tipo de problemas con los pacientes, proporcionar los elementos clínicos y las recomendaciones necesarias que les permita ejercer juicios fundamentados y tomar la decisión que en lo posible sea la mejor, más justa y como un valor defendible universalmente.☺

Referencias Bibliográficas:

Carpizo, J. 2010, *Derechos humanos, aborto y eutanasia*, 2ª ed. IJ-UNAM.

Código Penal del Estado de México, 2012.

Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999.

Gafo J. Ética y Consejo Genético. 2000, en: *Problemas éticos de la manipulación genética*. Ediciones Paulinas, 1992:127-45, Hurtado Oliver, Xavier, El derecho a la vida ¿y a la muerte? , México, Porrúa, p. 43.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-. 1993, de los Servicios de Planificación Familiar.

Norma Oficial Mexicana, NOM007-SSA2-.1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio embarazada.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Nueva Compilación Penal para el Estado de México, México, edición de Jorge Guillén Mandujano, 2000.

Nuevo Código de Procedimientos Civiles para el Estado de México, México, edición de Jorge Guillén Mandujano, 2000 (consultado en internet en 5 de noviembre de 2012, http://books.google.com.mx/books/about/Nuevo_Código_de_procedimientos_civiles).

Fuente Informativa en Bioética





La elección de ser médico y el juramento Hipocrático

Jesús Luis Rubí Salazar *

La vocación médica ¿Se nace o se hace?

Cuántas veces nos hemos preguntado ¿Por qué estudie medicina? o ¿Para qué me hice médico?

Y cuántas veces nos hemos contestado ¡Porque me gusta! o ¡Porque es mi vocación!

Es curioso todas las respuestas que se pueden dar, algunos opinan que por amor a los demás, para ayudar, porque los papás son médicos, para curar las enfermedades; otros podrían decir que por dinero o por la posición social y por prestigio. Se podría poner un sinfín de motivos por lo que se eligió ser médico.

Es interesante como el estudiar medicina te hace cambiar y ver las cosas diferentes. Cuando ingresas a la facultad y decidiste no copiar, cambiar la novia por los libros, tu sueño por estudio y en lugar de desvelarte por ir al antro, lo hiciste por preparar la región anatómica que te tocaba exponer en la clase de disecciones; dejaste de disfrutar con tu familia los fines de semana porque no te aprendiste lo que Quiroz te explicaba en sus tres tomos; conforme pasa el tiempo, comprendes que estudiar medicina va más allá, es una manera de decidir vivir tu vida, no es como estudiar otra carrera, ¡Se requiere de vocación!

Conforme pasa el tiempo se va modificando la manera de pensar, la misión del médico consiste en preservar la salud de las personas. Sus conocimientos y su conciencia estarán dedicados al cumplimiento de esa misión.

En la Declaración de Ginebra de la Asociación

Médica Mundial, obliga a los médicos con las palabras: “La salud de los pacientes será mi primer objetivo”, y el Código Internacional de Ética Médica, manifiesta: “Cualquier acto o advertencia que pueda debilitar la resistencia mental o física de un ser humano sólo se usará en su beneficio”, puesto que es esencial ayudar a la humanidad sufriente.



En el siglo V a. C. se presenta ante la comunidad médica un documento con contenido ético, para orientar esta práctica, es también el juramento que se basa a partir de la responsabilidad del ser humano y la conciencia de ella. Se realiza ante los colegas y la comunidad. Esta tradición hipocrática fue adoptada por la medicina occidental y árabe (hace casi dos mil años) y fue Galeno, médico griego de la Roma imperial en el siglo II, quien le dio forma definitiva y ha sido el fundamento de la instrucción médica hasta casi el siglo XX.

El Juramento Hipocrático empezó a usarse en algunas escuelas médicas a partir del Renacimiento, época caracterizada por la

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

veneración de la cultura grecolatina y se fue ampliando desde el siglo XIX en algunos países, y desde la segunda guerra mundial se generalizó al mundo occidental; así pues, es considerado como un rito después de la graduación y previo al ingreso a la práctica profesional de la medicina. Fue actualizado por la Declaración de Ginebra en 1948 y en 1964 por el Dr. Luis Lasagna.

Juramento Hipocrático (500 a.C.)



“Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higía y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia. Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con ellos mi fortuna y los socorreré si lo necesitaren; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.

No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla. En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos. Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos. Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria”.

Ha habido varios intentos de adaptación del juramento hipocrático a lo largo de la historia. En 1945, se redactó un juramento hipocrático en la convención de Ginebra, con el texto siguiente:

“En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores. Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones. Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí. Mantendré, en todas las medidas de mi medio, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos. No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase. Tendré absoluto respeto por la vida humana. Aún bajo amenazas, no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Hago estas promesas

solemnemente, libremente, por mi honor”.

Una versión del juramento muy utilizada actualmente, sobre todo en países anglosajones, es la versión redactada en 1964 por el Doctor Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts. El texto, en su traducción al castellano, dice así:

“Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto. Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás. Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobre tratamiento y del nihilismo terapéutico. Recordaré que la medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico. No me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente. Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios. Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad

puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados. Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación. Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos. Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda”.



Es por tanto obligación del médico conocer los fundamentos de su quehacer profesional resumidos en los juramentos expresados. Pero más allá de su dominio conceptual, estos fundamentos deben constituirse en normas de vida, solamente así es posible encaminarse al logro de esa denominada vocación, que debe ser compromiso con el bien del prójimo en su dimensión más profunda, esta voluntad esencial tal vez pudiera definir la nobleza de esta profesión.✚

Espacio Libre y Cartas al Editor





Aspectos clínicos y socio culturales de la relación médico paciente

Alejandro López Macedo *

La relación del médico con su paciente se define como una relación interpersonal de tipo profesional, con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas; es la base de la gestión de los servicios de salud. Históricamente, el médico debe brindar auxilio de forma humana, sensible y eficiente y el paciente que debe confiar en el buen juicio y conocimiento del primero para seguir sus indicaciones (Barroto R. A. 1997).

Desde los primeros esbozos históricos en que el arte de curar era mágico apareció esta relación, la cual ha cambiado conforme los avances científicos y tecnológicos lo han propiciado, creando un alejamiento paulatino entre el médico y su paciente, (González M. R. 2004). Hipócrates padre de la medicina postulaba que el médico debía de reunir cuatro cualidades: conocimiento, sabiduría, humanidad y probidad, las cuales se resumen en los parámetros siguientes: saber ponerse en el lugar del enfermo, buscar sentirse como él, y disposición total para auxiliarlo al enfrentar sus problemas. Se establece entonces una relación temporal, afectiva, profunda, solidaria y siempre profesional. El uso de aparatos está limitando o anulando la relación interpersonal al colocarse entre este binomio, dejando a la tecnología en contacto directo con el paciente, alejando cada vez más al médico, dando un contexto no humano.

El médico debe estar consciente del respeto que debe a su investidura, la cual tiene un carácter social, creando una actitud adecuada a su alta responsabilidad de gran significación humana, que es la de promover ó restablecer la salud, por ello, el facultativo debe planear

cuidadosamente todas sus acciones, incluidas aquellas que no tienen carácter terapéutico (Girón Manuel, 2002, González M. R. 2004).

Asimismo, poseer la honestidad suficiente para aceptar sus límites profesionales y así pedir apoyo de otro colega cuando dude del manejo de ciertos casos, es decir pensar primordialmente en la seguridad del paciente y evite al máximo las iatrogenias.

La comunicación entre el paciente y su médico se da por diferentes vías sensoriales, entre las que destacan: la verbal, la visual (gestos, ademanes o señas), la táctil (al auscultar o examinar físicamente) y la instrumental usada como medio de diagnóstico de gran valor; todas estas formas se pueden dar en una sola entrevista.



El Dr. Ricardo González en su libro *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*, (González M. R. 2004). Describe varias etapas en la entrevista profesional médico-paciente, con las variantes de lugar, es decir, si es en el hospital, en el hogar o en el consultorio, y también dependiendo del tipo de enfermedad; menciona que el médico debe

* Coordinador Normativo de Investigación del Departamento de Investigación en Salud de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

ser capaz de reconocer y manejar la angustia e inseguridad del paciente e identificar rasgos de su personalidad y su condición socio-económica. Afirma que el interrogatorio es la etapa más importante, que requiere de más tiempo y habilidad del médico.

Al inicio, el paciente debe expresarse libremente sobre su padecimiento, pero si se llegara a desviar el médico deberá reorientarlo con suavidad. En un segundo momento el médico hace las preguntas pertinentes respecto a lo inicialmente expresado a fin de ir orientando el diagnóstico.

El examen físico tiene un orden sistemático, se realiza con privacidad y respetando el pudor; se enfoca al área anatómica afectada. Si se requieren estudios complementarios se deberá informar al paciente la necesidad de realizarlos, justificando ampliamente su realización, finalmente se dará información en la que se explica al paciente con detalle, el diagnóstico presuntivo o definitivo y el posible tratamiento, poniendo énfasis en la importancia de su estricto seguimiento.



En todas las etapas y en especial a la que corresponde a las instrucciones al paciente sobre su auto cuidado deben de ser completas y claras; el médico debe constatar que se entendió la totalidad del mensaje (González M. R. 2004).

Actualmente existe un problema que resolver en la atención médica, consiste en que el paciente se ha transformado en un cliente con ciertas exigencias y los médicos en negociantes de sus servicios, provocando muchas veces la violación de los principios de la ética médica, propiciando la intervención de abogados y otros especialistas en la materia con el consecuente menoscabo adicional de esta relación médico-paciente. Otro aspecto a destacar es el desarrollo tecnológico, biotecnológico, la inmunología y genética molecular, la ingeniería biomédica, entre otros, son avances de gran utilidad pero no podrán sustituir a la clínica médica, son complementarias; la situación es tan grave que varios teóricos sostienen que dicha relación médico paciente, no es mala ni buena sino que simplemente no existe (González M. R. 2004).

El Dr. Castillo de Pino expresa: "Médico, es aquel que sabe aplicar las tecnologías; paciente, es en quien se aplican", esta cita reduce al médico en un técnico, deshumanizado obligadamente, en aras de la supuesta eficiencia, el paciente en estas condiciones sólo puede pedir que lo "curen", no que lo "quieran", el profesional de la medicina es un manipulador calificado de una tecnología cada vez más sofisticada y "eficaz", que no pueden perder el tiempo en peticiones de humanización ya que su objetivo y meta final es "restablecer, mantener ó evitar la pérdida de la salud". Esta manera de ver la medicina proviene de países más desarrollados científicamente (Castillo P. 2006).

La comunicación es esencial para lograr una atención médica de calidad, cuando esta falla, la posibilidad de conflictos es elevada, sobre todo en países donde priva

la medicina defensiva, la desconfianza entre médico y paciente, propicia, que el primero, ejerza una medicina cautelosa, abusando de estudios a veces innecesarios y de múltiples interconsultas, con ello, se piensa más protegido de la posible demanda por la atención otorgada, en tanto, el paciente en ocasiones, busca aprovechar o fabricar errores médicos y con ello obtener beneficios económicos, inclusive a costa de poner en riesgo su propia salud. La comunicación busca evitar estos estados perversos y hacerla más eficiente.

Varios estudios muestran que las demandas existentes son en su mayoría por falta de comunicación, derivadas de una insatisfacción por el trato recibido, que por prácticas iatrogénicas reales. Por lo que también se debe

tomar en cuenta la comunicación no verbal, el control de las expresiones de sorpresa, rechazo, preocupación, desconocimiento o desaprobación, etc. enviados por el profesional, ya que la interpretación del enfermo y/o familiares genera más estrés en esta relación.

Debemos pugnar por una medicina humanista, con responsabilidad moral, basada en la igualdad de derechos, con un carácter ético, interesados en el paciente sin olvidarse del equipo de salud, como una meta rectora de los esfuerzos del sector salud. Aprovechar las nuevas tecnologías enriquecidas con el contacto humano para mejorar la atención, la precisión diagnóstica y el tratamiento médico.☞



Referencias Bibliográficas:

Barroto R. A. 1997, *La Comunicación Humana y la Calidad de la Atención Médica*. En *Bioética*, la Habana Cuba Centro Félix Varela pp. 112-23.

Castillo de Pino Carlos, 2006, Entrevista sobre un libro *“La arquitectura de la vida humana”* y Edit. Giron, España.

Girón Manuel y otros 2002, *“La calidad de la relación médico paciente y los resultados de*

los encuentros clínicos en atención primaria en Alicante: un estudio con grupos focales” rev. Esp. Salud Pública V. 76 No. 5 Madrid Sept. – Oct.

González M. R. 2004, *La Psicología en el Campo de la Salud y la Enfermedad*, Editorial Científico Técnico, la Habana, Cuba.

Lain Entrago P. 1964, *“La relación Médico Enfermo”* España Madrid: Revista de Occidente.

Lecturas Recomendadas

*Introducción
al personalismo* 41



JUAN MANUEL BURGOS

*Biblioteca
Palabra*

Diego Gracia



Fundamentos de bioética

TRICASTELA





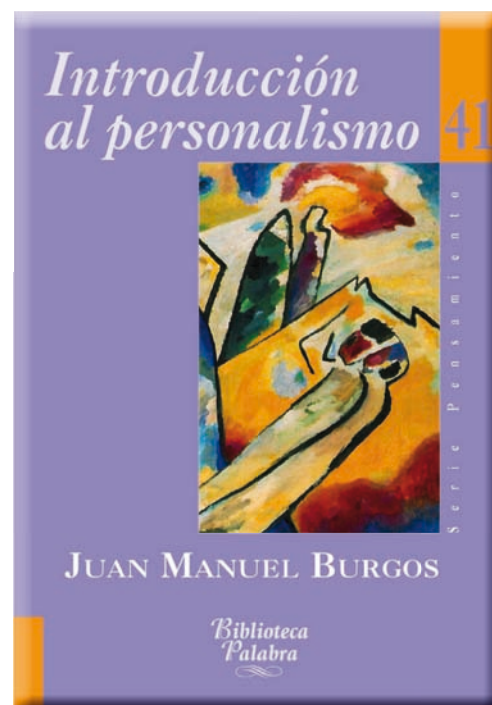
Lecturas Recomendadas

José Enrique Gómez Álvarez *
Erika Viridiana Mejía Millán **

Burgos, Juan Manuel. *Introducción al personalismo*. Biblioteca Palabra, Madrid, 2012. 300 pp.

Juan Manuel Burgos logra una síntesis del personalismo, mostrando como es una filosofía que se encuentra todavía en desarrollo. El autor logra bastante bien el cometido de hacer la complejidad de los personalismos evitando la sobre simplificación de las distintas versiones. De hecho el autor aclara en el Epílogo se remonta "... a una obra publicada doce años atrás, titulada *El personalismo. Autores y temas de una filosofía nueva* (2000)." (p. 289). El libro aborda, en su mayor parte una aproximación histórica al mismo. Los primeros tres capítulos se dedican a la exposición del contexto ideológico y cultural así como los elementos históricos donde nace el personalismo (pp. 7- 218).

En el capítulo I Burgos expone el contexto históricos de las guerras mundiales, las influencias filosóficas en el personalismo y plantea como un elemento conceptual e histórico crucial para entender el surgimiento del personalismo " intento ser esa excluida alternativa [entre individualismo y colectivismo], una opción a favor de la persona que tomaba del individualismo su defensa de los derechos del sujeto y de los colectivismos, su tensión ética hacia la construcción de un proyecto común... se diferenciaba tanto del cómodo individualista burgués como del fanático colectivista" (p. 27). Asimismo se señala el ambiente cientificista que dominaba las universidades europeas. En cuanto a las influencias filosóficas se señala el kantismo, la fenomenología, el existencialismo y el tomismo. Se señala así mismo la crisis del catolicismo y sus intentos de renovación. Es de notarse el carácter autocritico que el autor expone, por ejemplo, en la propuesta del regreso a Santo Tomas y tan ausente a veces, de centros de enseñanza conservadores, (cf. nota 50 de la p. 43). El capítulo cierra exponiendo como todos estos factores llevaron a la idea nuclear de esta filosofía (¿movimiento?): el recurso continuo y recurrente al concepto de persona desde ámbitos sociales, filosóficos o teológicos impulsados por la intuición de que se trataba



* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Profesor de la Universidad Panamericana.

del término clave para resolver los grandes problemas que estaban en juego” (pp. 48-49).

En el capítulo II se explora el personalismo francés (pp. 51-121). Se reseña a Maritain, Marcel y Nédoncelle. El autor marca el desarrollo de cada uno de ellos. No evita criticar sus dudas, fortalezas y debilidades de cada uno. Por ejemplo, las observaciones respecto de Maritain. Reconoce que él sentó bases del personalismo sobre todo en el área político social, aunque en el área de ética y antropología su tomismo “le impidió formular muchos temas con la fuerza y novedad necesarias” (p. 75). Sin embargo, no le quita el mérito de acuñar el término de “personalismo comunitario) (Cf. p. 73). En el caso de Marcel el tema o el principio de partida es la existencia que es el dato fundamental. Marcel aborda temas claves del personalismo como la corporalidad y la intersubjetividad. Otra aportación de Marcel fue la distinción entre misterio y problema. El primero es algo que me compromete a mí. El segundo es algo que se encuentra y obstaculiza el camino. También abordó la distinción entre tener y ser. Con Mounier ya estamos en el personalismo comunitario, aunque precisa Burgos esos términos no son de él. Burgos señala que Mounier fue evolucionando en su pensamiento, por lo que no es sencilla una definición del mismo. Señala Burgos las características esenciales de la postura de Mounier: personalismo activo y poco preocupado por la sobre elaboración teórica. Cabe resaltar como ejemplo claro de este último aspecto, su crítica al capitalismo (citado de Manifiesto al servicio del personalismo): “La primacía de la ganancia nació el día que del dinero, simple signo de cambio, el capitalismo hizo una riqueza capaz de aportar fertilidad en el cambio una mercancía sustentable de compraventa. Esta especulación monstruosa del dinero que constituye lo que el viejo idioma llama usura o ganga, es la fuente de los que llamamos ganancia capitalista” (p. 105)¹.

1. Tomás de Aquino señala: “Recibir interés por un préstamo monetario es injusto en sí mismo, porque implica la venta de lo que no existe, con lo que manifiestamente se produce una desigualdad que es contraria a la justicia. Para su evidencia, debe recordarse que hay ciertos objetos cuyo uso consiste en su propia consumición; así consumimos el vino utilizándolo para la bebida y el trigo al emplearlo para la comida. De ahí que en estos casos no deban computarse separadamente el uso de la cosa y la cosa misma, sino que a todo aquel a quien se concede el uso se le concede también la cosa misma. De ahí que, tratándose de tales objetos, el préstamo transfiere la propiedad de los mismos. Luego si alguien quisiera vender de una parte el vino y de otra el uso del vino, vendería dos veces la misma cosa o vendería lo que no existe; y por esta razón cometería manifiestamente un pecado de injusticia. Por igual motivo comete una injusticia el que presta vino o trigo y exige dos pagos: uno, la restitución del equivalente de la cosa, y otro, el precio de su uso, de donde el nombre de usura...Mas el dinero, según el Filósofo, en V Ethic. y en I Polit., se ha inventado principalmente para realizar los cambios; y así, el uso propio y principal del dinero es su consumo o inversión, puesto que se gasta en las transacciones. Por consiguiente, es en sí ilícito percibir un precio por el uso del dinero prestado, que es lo que se denomina la usura. Y del mismo modo que el hombre ha de restituir las demás cosas injustamente adquiridas, también ha de hacerlo con el dinero que recibió en calidad de interés ” (Suma Teológica, II-IIa q. 78, a. 1 Resp. En: <http://hjj.com.ar/sumat/c/c78.html#a1> [consultado el 14 de agosto de 2012].



Juan Manuel Burgos

Lo que cabe resaltar aquí es el personalismo, al menos en la versión del autor, implica sino un activismo, pero no la mera especulación teórica. Aunado a que un auténtico personalismo no puede ser conservador, si por eso se entiende el mero contemplar el orden como está sin exigir los cambios que hagan una sociedad más justa.

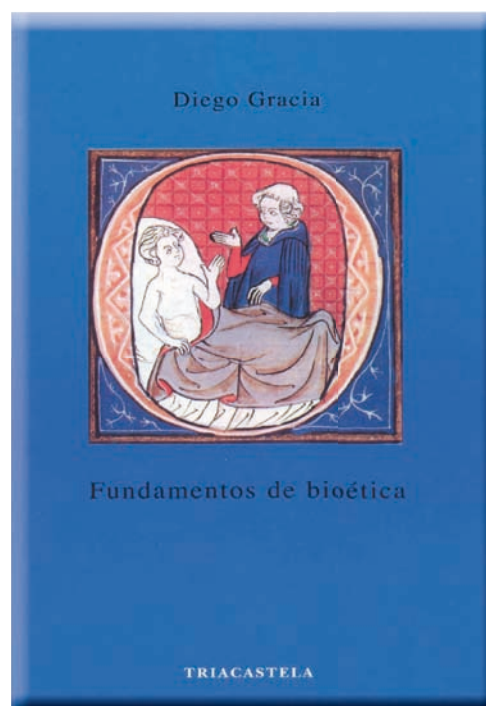
En el capítulo III se analizan otras corrientes personalistas como la italiana, la polaca, Karol Wojtyła, la escuela de Lublin, la española etc. Las tesis centrales se mantienen en la mayoría de los autores. En la página 218 se presenta una gráfica a manera de árbol señalando las diversas conexiones entre autores. En esta reseña quiero resaltar la observación que realiza Marías del método en el personalismo: "... el filósofo personalista nunca <<llega>> metodológicamente a la persona, sino que parte de ella puesto que es la categoría filosófica originaria y originante" (p. 209).

El capítulo IV es el más interesante para el que quiere hacerse una idea generalizada del personalismo. Burgos reconoce muy bien que no es fácil definirlo ni delimitarlo, salvo que se reduzca a unas meras generalidades. Eso no obsta para poderla encuadrar en un humanismo: "... como una de las versiones posibles del humanismo cristiano o judeo-cristiano, ya que por lo que se refiere a las premisas filosóficas, que son las que aquí importan, ambas coinciden en lo substancial" (p. 242). Burgos resalta algunas características que suelen estar presente en los distintos personalismos: concepto moderno de persona, que implica el "Yo" y "El" quien, la subjetividad, el carácter comunitario, la corporalidad etc. (pp. 239-240). Más adelante se explican las características estructurales del personalismo. El rasgo esencial es la centralidad de la persona. Sin embargo, Burgos señala muy bien que esta centralidad no se redefine y explica adecuadamente hasta el siglo XX. La definición clásica de Boecio se constituye en un lastre peculiar ya que el lenguaje griego transferido al hombre no permite mostrar la dimensión plena de persona. Asimismo el concepto de "naturaleza" resulta problemático si se refiere o utiliza el marco conceptual griego. Burgos lo resume muy bien: "Los personalistas son reticentes a emplear el término de naturaleza, pero no porque rechacen una identidad básica entre todos los hombres, sino porque resulta casi inevitable realizar una identificación conceptual entre naturaleza humana y concepto aristotélico de naturaleza que, al igual que el de sustancia, por mantenerse en un marco exclusivamente griego, presenta problemas ya que

incorpora un esquema teleológico muy adecuado para cosas y animales, pero excesivamente rígido y estático para integrar la libertad humana” (p. 269). Otras claves del personalismo señalado por Burgos son el realismo y el reconocimiento de la libertad humana, el reconocimiento del bien y el mal y la trascendencia religiosa. Burgos asimismo reconoce la necesidad de postular ese “Ser Supremo” debe ser “Persona”. Aquí aparece de nuevo ese elemento del personalismo que parece inherente y que se había mencionado en esta reseña, al parecer el personalismo no puede desligarse sin más de ese ámbito de la religiosidad. El libro aborda al final otros elementos propios del personalismo, la afectividad, la subjetividad, la interpersonalidad.✉

Gracia, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Editorial Triacastela, Madrid, 2008. 619 pp.

En el presente trabajo analizaremos, muy brevemente, cuál es la idea básica de Diego Gracia en *Fundamentos de bioética* (2007), en el que propone los procedimientos de la decisión en ética clínica principialista, en el que pretende mejorar e incluso resolver los problemas que se han demostrado en el planteamiento de Beauchamp y Childress (1999). Así pues, el autor critica la carencia de un sistema previo de referencia, una epistemología de base, y la ausencia de una jerarquización en los principios, los cuales pueden ser justificados desde dos sistemas éticos: el deontologismo y el teleologismo, por lo que no es necesaria la justificación de los mismos. Sin embargo, Diego Gracia cree que deontologismo y teleologismo no son justificaciones metaéticas de los principios “prima facie”, sino que son dos momentos ineludibles de la racionalidad moral: el momento de esbozo y el de experiencia. Además, piensa que es necesaria la jerarquización de los principios, otorgando a la “no-maleficencia” y a la “justicia”, nivel 1, un rango superior que a la “beneficencia” y la “autonomía”, nivel 2.



** Licenciada en Comunicación y Apoyo Logístico de la Coordinación Estatal de Bioética.

Gracia critica el planteamiento de Beauchamp y Childress por carecer de una jerarquía en sus principios, optando por estructurarlos lexicográficamente en 2 niveles, uno público y otro privado. El nivel público está constituido por los principios de justicia y no maleficencia; propios de una ética de mínimos. Son los mínimos exigibles para una convivencia pacífica, para que así se pueda respetar a los seres humanos, que son seres con deberes y derechos. Dichos principios obligan a todos sin distinción y el Estado puede intervenir para que se cumplan. Esta ética es exigible coercitivamente, por esa razón, este nivel es típico del derecho y tiene como fundamento el principio de universalidad.

Esta propuesta, abogada por el autor, en los últimos años se ha ido inclinando a una metodología deliberativa basada en los valores y en una ética general y la bioética muy particular.✚



Diego Gracia

Aprender a dar





Aprender a dar es una lección que la vida nos ofrece

María Mercedes Rangel de O´Shea *

Todo inició con un sueño...

Presidir el Voluntariado del Instituto de Salud del Estado de México ha sido para mí un regalo que la vida me dio, la experiencia más humana y altruista que he vivido, especialmente compartir con los niños un regalo o un juguete, que son tesoros que pueden transformar un instante en su vida. Cuando vemos a esos niños hospitalizados que tienen dolor físico y dolor en su alma y corazón, ese momento en el que llegamos hasta su camita y colocamos un juguete en sus manos ¡Ese momento es mágico!, poder cambiar su gesto de dolor por la más linda y dulce sonrisa, ha quedado grabada para siempre en mi corazón.



¿De dónde surgió este sueño?

Dios me dio la fortuna de trabajar de manera conjunta con personas de la Secretaría de Salud, iniciando la gestión con el Secretario de Salud, Dr. Gabriel J. O´Shea Cuevas, con quienes se concretó la idea de recolectar juguetes de excelente calidad (como el que daríamos a nuestros hijos), donados por los servidores públicos de nuestra Institución, convirtiéndose en una experiencia de éxito,

ya que se recolectaron casi 20 000 juguetes, tan bonitos que los ojos de los niños se maravillaban de tenerlos en sus manos, desde un carrito, un balón, muñecas, hasta grandes peluches, mismos que abrazaban y sostenían con sus manitas.



Participaron los servidores públicos de niveles directivos, jefes de jurisdicción sanitaria y de regulación sanitaria, directores de hospitales generales y municipales, los CEAPS, personal del área de staff de nivel central, la rama de enfermería y personal administrativo; dieron ese juguete que le permitió a nuestros niños momentos de alegría.

Si alguno de ustedes un día va a un hospital, el área más vulnerable es pediatría, ahí están las semillas de la vida (los niños), y somos capaces de dar sin esperar más que una sonrisa o el llanto de emoción, esa prueba de altruismo la pone Dios.

Quiero a través de esta carta dar un amplio agradecimiento a todos ustedes que ayudaron en este sueño, por su generosidad, ética y profesionalismo, pero sobre todo por su sentido humano manifiesto en estas acciones

* Presidenta del Voluntariado del ISEM.

de gran impacto emocional por el bien proporcionado a estos pequeños pacientes.

La paz interior y el contacto con la vida requiere de estos grandes valores, saber dar luz a los ojitos de los niños hospitalizados y ese momento de alegría es la mayor recompensa a la calidad humana de ustedes, gracias por permitir que la aplicación de los principios bioéticos sean parte de su vida. La vida y la protección se traducen en el amor a un semejante con el simple hecho de dar, no solo un juguete sino respeto, cariño y alegría. Siendo esta una de mis metas a seguir. He podido dar un regalo como un acto de solidaridad y de amor incondicional, llevado a cabo gracias a todos ustedes. Este trabajo lo considero muy importante porque conlleva a mejorar la convivencia, ampliar la conciencia social e individual basada en los principios de Bioética.



Si a través de los años esta práctica de distribución de juguetes como un acto de donación incondicional perdurara, me sentiré satisfecha porque he sembrado una semilla que trasciende en la alegría de esos seres tan maravillosos, pero sobre todo el haber transmitido la satisfacción de dar y el darse uno mismo.



Reflexiona: Un niño hospitalizado, lejos de su camita, sin sus juguetes, con un diagnóstico fuerte, te enseña lo que es la vida, luchar por ella y enfrentarse a todos los tratamientos pero no solo, sino acompañado por sus seres queridos y por un juguete, que en esa edad tiene gran significado. Estos niños esperan el calor de quien los está atendiendo y vive con la esperanza de sanar, y con esta acción les estamos proporcionando un momento de alegría entre tanta tristeza. Nosotros aprendimos a dar no solo salud también amor.☺



Día del Médico





Ceremonia Conmemorativa del Día del Médico

César Humberto Botello Ortiz *

El día 23 de octubre del presente año, se llevó a cabo la Ceremonia Conmemorativa del Día del Médico, misma a la que asistieron seiscientas cincuenta personas del gremio e invitados especiales, destacando la presencia del Gobernador Constitucional del Estado de México, Secretario de Salud y Director General del ISEM, Presidente Municipal Constitucional de Ocoyoacac así como el Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México, Director General del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; M. en C. S., Director de la Facultad de Medicina de la UAEMéx, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Delegado Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Oriente, Delegado Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Poniente, Coordinador de Salud del Estado de México, Coordinador de Administración y Finanzas, Coordinador de Hospitales Regionales de Alta Especialidad del ISEM, Coordinador de Regulación Sanitaria, Directora de Servicios de Salud del ISEM, Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico, Jefe de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud, entre otras personalidades del sector salud.

Esta celebración fue un espacio para ofrecer un reconocimiento a los médicos más sobresalientes, que honran su profesión y que dedican su vida a la salud de los pacientes y de la población en general y que día a día en beneficio de la población mexiquense llevan a cabo sus actividades profesionales con alto grado de responsabilidad y vocación.

En manos del C. Gobernador Constitucional del Estado de México, se entregó el reconocimiento a aquellos médicos que a lo largo de este año han tenido una carrera destacada en su ámbito profesional, institucional y personal, siendo en este año nueve médicos los galardonados:

- 1.Dra. Inés Vargas Hernández
- 2.Dr. Rutilio Carrillo Muñoz
- 3.Dra. María Elena Valderrábanos Merino
- 4.Dr. José Fernando Ávila Esquivel
- 5.Dra. María de la Luz Godínez Flores
- 6.Dra. María Esther Reyes Ruíz
- 7.Dra. Gisela Inés Santiago Cruz
- 8.Dra. Graciela Moreno Águila
- 9.Dr. Juan Márquez Jiménez



Antecedentes

En el México medieval, el festejo de la práctica médica, tenía una connotación religiosa, pues se celebraba el día de San Rafael, considerado patrono de la medicina.

En el siglo XX, esta celebración nace en una Convención de Sindicatos de Médicos

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

Confederados de la República, que fueron los precursores del actual Colegio Médico de México, A.C. y de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, el día 23 de octubre de 1937, para hacerla coincidir con el día de la fundación del Establecimiento de la Escuela de Ciencias Médicas, convertida actualmente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En 1995, el mismo día 23 de octubre, el presidente Ernesto Zedillo instituyó la Ceremonia de entrega del Diploma al Mérito Médico en la Residencia Oficial de Los Pinos.

El primero en recibir este reconocimiento fue un médico chihuahuense de gran trayectoria médica, política y social, el Dr. Salvador Zubirán Anchondo (1898-1998), Maestro Universitario y Rector de la UNAM de 1946 a 1948.

El evento logró generar un espacio en donde las autoridades reconocieron el esfuerzo de los médicos que realizan su trabajo desde el marco de la *lex artis* y unidos buscan un mejor camino que desarrolle la dignidad del ser humano, pero principalmente enfocados a los más vulnerables, que son los pacientes.®



Crónica VI Encuentro Nacional de Bioética





Crónica del VI Encuentro Nacional de Bioética

Jesús Luis Rubí Salazar *

La consolidación de la bioética en nuestro país implica necesariamente acciones que difundan temas relacionados con esta disciplina. El VI Encuentro Nacional de Bioética, fue el espacio propicio para este fin. Se llevó a cabo el día 21 de septiembre del año en curso en el auditorio “Profesor Santiago Velasco Ruiz” del Hospital Materno Infantil del ISSEMyM; con el lema: “Salud e Interculturalidad, desde una perspectiva bioética” con el objetivo de contribuir en la implementación de una cultura bioética en el personal de la salud y el propósito de fomentar la comunicación e interacción entre personas y grupos humanos donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. Así mismo, prevalecer los derechos humanos de grupos diferentes, que responda a la necesidad de proteger la vulnerabilidad presente por su diferencia, en un marco de respeto y confianza mutua.

Este evento lo organizó la Comisión de Bioética del Estado de México, la Coordinación de Salud a través de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del ISEM, y las Instituciones del Sector Salud, Educativo, del Medio Ambiente, Academias y Organismos no gubernamentales.

Para dar inicio a las actividades programadas, el Dr. en Geografía Económica José Francisco Monroy Gaytán, Rector de la Universidad Intercultural del Estado de México, ofreció la conferencia “El entendimiento de la Interculturalidad en el Estado de México”, quien con su tendencia transformadora comentó que en un sentido más amplio,

la Bioética Intercultural, va más allá de la ética médica, de la práctica clínica y la innovación tecnológica, ya que considera no sólo el respeto a la vida humana, sino a toda la vida, al ambiente mismo y a la Madre Tierra, como nos han enseñado los pueblos indígenas desde hace siglos. Así, desde la formación profesional hasta la vinculación con las comunidades en regiones indígenas, la salud intercultural promueve la bioética Intercultural en la práctica cotidiana, agregó que actualmente en la Universidad que él dirige operan 45 brigadas de estudiantes de salud intercultural en igual número de comunidades distribuidas en los municipios de: Donato Guerra, San Felipe del Progreso, Atlacomulco, Temascalcingo, El Oro, Ixtlahuaca, Jocotitlan y Acambay, para dar atención comunitaria.



A continuación participó el Jefe Supremo Mazahua, Margarito Sánchez Valdéz, con la realización de una ceremonia mazahua, misma que se considera como uno de los ritos culturales de esta etnia que se conserva

*Coordinador de Salud y Vicepresidente de la COBIEM.

en nuestros tiempos, y consiste en un ritual de agradecimiento al Dios agua, fuego, aire y tierra, por los beneficios que recibimos de estos cuatro elementos, asimismo pedir disculpas por el uso inadecuado que hacemos de ello. Seguido de un baño de humo de copal a las personalidades para desearles bienaventuranza.

Después de la ceremonia mazahua se llevó a cabo el acto Inaugural, en el que participaron como invitados del presídium personalidades como: el Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética; el Dr. Javier Lozano Herrera, Coordinador de Servicios



de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; el Dr. Filiberto Cedeño Domínguez, Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México; el Dr. Jorge Cruz Borromeo, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; la Mtra. Raquel Agamí Quezada, Directora del Programa de Aire Limpio del Valle de Toluca; el M. en C. S. Luis Guillermo De Hoyos Martínez, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México; Dr. Guillermo Espinoza Fuentes, Coordinador de Educación e Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social Zona Oriente; Dr. Marco Sarabia Zamora, Director de Prevención y Bienestar Familiar del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México; Dr. Mario Enrique Ramírez Montiel, Jefe de Atención Médica del Instituto de Seguridad

y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Dr. en Geografía Económica José Francisco Monroy Gaytán, Rector de la Universidad Intercultural del Estado de México; la Dra. Mónica Pérez Santín, Directora del Hospital Materno Infantil del ISSEMyM y el Dr. Juan Manuel Alaníz Tavira, Presidente de la Academia Mexiquense de Medicina A. C.



Toma la palabra el Dr. Javier Lozano Herrera, Coordinador de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, para dar las palabras de bienvenida en representación del Lic. Ricardo Treviño Chapa, Director General de esa Institución, mismas que se refieren a la importancia que como Instituciones dedicadas a la salud nos involucra en temas de interculturalidad, mismas que son prioritarios ya que se trata de generar acciones de defensa para las personas y grupos humanos con costumbres diferentes.

La exposición de motivos estuvo a cargo del Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética, quien explicó la importancia de la interculturalidad en los servicios de salud, ya que se entiende como el proceso de comunicación efectiva entre dos grupos de culturas diferentes. Analizado desde una perspectiva ética, se descubre la forma en la que ésta se involucra con la salud, siendo verdaderamente importante, no sólo como un valor social, sino a través de la promoción del respeto de la diversidad, donde cada persona tiene derecho a ser como desea ser.

El Dr. Gabriel J. O´Shea Cuevas, Secretario de Salud, Director General del ISEM y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado, me comisionó para dar el mensaje de bienvenida a los asistentes e invitados especiales al evento. Mismo que considero un espacio de convivencia y encuentro, en el que se compartieron conocimientos y experiencias para reconocer la equidad, en el respeto de los derechos y la dignidad humana. Es además la oportunidad para promover los valores y principios morales en la práctica diaria del personal de salud, que tiene por objetivo responder a las necesidades de abordar desde un punto de vista moral y ético las cuestiones médicas respecto a grupos diferentes, para conseguir beneficios para los individuos y los grupos que conforman la comunidad. Por otro lado, analizar desde cada individuo la interculturalidad y la integración, abre posibilidades ante nuestros ojos que nos permiten entrar en contacto con personas diferentes pudiendo enriquecernos ampliamente.



El Dr. Enrique Beascochea Aranda, Investigador de la Universidad Iberoamericana, ofreció la conferencia magistral “Interculturalidad y Bioética”, mencionando que la cultura podría ser definida como el agregado interactivo de características comunes que influyen en la respuesta de un grupo humano a su medio. La cultura determina la identidad de un grupo

de la misma manera en que la personalidad determina la identidad de un individuo; esto significa construir un universo mental, moral y simbólico, común a una pluralidad de personas, gracias al cual y a través del cual pueden las personas comunicarse entre sí, reconociéndose mutuamente vínculos, lazos, intereses comunes, divergencias y oposiciones; sintiéndose en fin, individualmente y colectivamente, miembros de una misma entidad que los rebasa, entidad que recibe el nombre de grupo, asociación, colectividad, sociedad. Apuntando que la interculturalidad tiene que ver con el respeto por la diversidad, el diálogo horizontal, el conocimiento del contexto, del lenguaje y la búsqueda de comprensión mutua. Donde la bioética actúa como producto cultural y constructora de cultura, como apoyo a la interculturalidad y como puente hacia el futuro.

Acto seguido, se presentó un grupo de danzantes, que interpretaron una composición dirigida a alabar a los dioses del agua, fuego, aire y tierra. Posteriormente se pasó a la explanada del auditorio para realizar el recorrido a la exposición, misma que fue reconocida por la variedad de productos exhibidos, entre los que destacaron los bordados mazahuas, que se encontraban desde una pequeña bolsa, hasta los grandes manteles bordados maravillosamente. Así como la cerámica, la joyería y los productos de conservas de diferentes frutas.



Finalmente, el programa académico concluye con la presentación del simposio “Interculturalidad, salud y bioética” moderada por Dr. Alejandro del Valle, Director del Centro del Conocimiento Bioético de la Comisión Nacional de Bioética, quien cede la palabra al Dr. Roberto Campos Navarro, Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien dio la plática “Medicina Tradicional, una responsabilidad social nacional”, quien resalta la importancia de señalar el aporte que hicieron las ciencias humanas a la medicina, porque apoyaron para reconocer el valor de una aproximación holística y más integral al estudio de los problemas y de la búsqueda de soluciones en salud, especialmente, en el ámbito de la salud pública y de la medicina tradicional preventiva. Mencionó que La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la importancia de este recurso terapéutico y generó un programa de reconocimiento y promoción de la medicina herbolaria y la regularización de los medicamentos herbolarios.

La Secretaría de Salud en México reconoce que muchas de las plantas medicinales ampliamente conocidas por la población, están siendo utilizadas como fitofármacos y que esta práctica cada día tiene mayor relevancia, por lo que ha construido el marco para la regulación de estos productos (medicamentos herbolarios).

Desde 1998 en colaboración con la Universidad

Autónoma del Estado de Morelos inició un programa de maestría, único en México, con especialidad en “Farmacología y Fitoquímica de Plantas Medicinales”, que se encuentra orientado a la formación de cuadros especialistas que pudieran dar el apoyo científico y tecnológico para el desarrollo de los nuevos medicamentos herbolarios.

Asimismo el Dr. Salvador Aldama López, Director de Salud de la Universidad Intercultural del Estado de México, expuso el tema “Reflexión ética de la diversidad cultural” y menciona que existen muchas formas de promover la interculturalidad en una sociedad. Que en primer lugar el trabajo reside en las familias, donde se debería buscar eliminar de forma progresiva los prejuicios y aquellas preconcepciones en torno a ciertos individuos o grupos, permitiendo que cualquier ciudadano acceda a los mismos derechos. Aclara las diferentes formas en las que puede entenderse este concepto, que consta de varias etapas como: la negociación, para lograr la comprensión y evitar la confrontación; la penetración, que quiere decir salir del propio lugar para tomar el punto de vista del otro; y la descentralización, esto con una perspectiva de reflexión.

Con la participación artística del grupo Kalpulitlatlaxiukoatl “Serpiente azul de fuego” se concluyó el evento, cumpliendo con los objetivos académicos y el fortalecimiento del tema de la interculturalidad.✿



XV Foro Interinstitucional de Investigación en salud

“Salud, medio ambiente y enfermedad”





XV Foro Interinstitucional de Investigación en Salud

Claudia Lorena Vargas Alemán *

Investigación Básica

1º lugar

- Efecto antibacteriano de nanopartículas de plata versus clorhexidina, sobre streptococcus mutans y lactobacillus casei.

Guadarrama Reyes Saraí Carmina, Universidad Autónoma del Estado de México.

Introducción: La clorhexidina es un agente antiséptico de amplio espectro, sin embargo, posee un periodo de substantividad limitado, por lo que existe reincidencia de microorganismos cariógenos, si las restauraciones carecen de un adecuado sellado. Las nanopartículas de plata permiten obtener sustancias con una acción antibacteriana prolongada, que actúan como barrera química y mecánica, inhibiendo el crecimiento de estos microorganismos.

Objetivo: El objetivo general de este trabajo fue comparar el efecto antibacteriano de nanopartículas de plata versus clorhexidina, sobre streptococcus mutans y lactobacillus casei. Material y métodos. S. Mutans y I. Casei fueron aislados in vitro y expuestos a diferentes cantidades de solución. El efecto antibacteriano de nanopartículas de plata reducidas por camellia sinensis y heterotheca inuloides, versus clorhexidina, se evaluó mediante el uso de discos de halos inhibitorios. La comparación de las medias de los halos inhibitorios de crecimiento, a distintas concentraciones, de los distintos agentes y sobre las dos bacterias en estudio se realizó mediante prueba t. Resultados. Se observó un efecto antibacteriano mayor de

las nanopartículas de plata reducidas con camellia sinensis y heterotheca inuloides, en comparación con el de la clorhexidina, de manera particular a la dosis de 20 microlitros. El efecto sobre ambas bacterias fue similar. Los resultados fueron estadísticamente significativos a un nivel de confianza del 95%.

Conclusiones: Es necesario establecer la mejor concentración de las nanopartículas de plata, reducidas con agentes ecoamigables, para la inhibición del crecimiento bacteriano. Aún debe investigarse la posibilidad de encontrar un agente antibacteriano selectivo sobre cariógenos.

2º lugar

- Evaluación del péptido A91 sobre la apoptosis, en ratas con lesión traumática de médula espinal.

Rodríguez Barrera Roxana Haydee, Universidad Anáhuac.

Introducción: La lesión de médula espinal (LME) se refiere al daño que ocasiona alteraciones estructurales y funcionales, que van desde el bloqueo transitorio de la conducta eléctrica, hasta la falta total de la misma, dependiendo del sitio y el grado de lesión, y que puede culminar con la muerte. Después de una LME, se desencadenan una serie de fenómenos autodestructivos que incrementan el daño al tejido nervioso. Entre ellos destaca la apoptosis que se presenta en todo el tejido neural. La cascada de apoptosis puede ser activada por citocinas inflamatorias producto de la lesión, incremento de calcio libre intracelular, daño

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

por radicales libres y excitotoxicidad, entre otros.

Existen varias estrategias terapéuticas para proteger el tejido neural, entre ellas la Inmunización con péptidos neurales modificados la cual ha demostrado efectos importantes sobre la respuesta autorreactiva. La autorreactividad protectora (AP) es un concepto innovador que propone modular mecanismos autorreactivos con el fin de promover la neuroprotección, activando células de la microglía bajo un fenotipo que se caracteriza por una baja producción de radicales libres. La inmunización activa con péptidos neurales Modificados como "a91" puede reducir la degeneración secundaria de neuronas y promover una mejor recuperación motora en animales con LME. A la fecha no se conocen con exactitud los mecanismos por medio de los cuales, la AP promueve la protección del tejido; sin embargo, se ha sugerido que parte de los mecanismos se asocian a la inhibición de la Apoptosis.

Objetivo: Estudió del efecto neuroprotector del péptido a91 sobre la apoptosis del tejido neural, en animales con lesión traumática en la médula espinal. Se evaluó la apoptosis en 72 ratas hembras de la cepa sprague dawley a los 7 y 30 días Pos lesión. Se formaron tres grupos: 1) ratas sham; 2) ratas con ltme + pbs y 3) ratas Con ltme + inmunización activa con "a91". Se determinó la activación de caspasa-3 y tnf- β ; mediante inmunoensayo de western blot, los cambios apoptóticos como condensación de la cromatina y fragmentación nuclear se visualizaron por tinción de diclorhidrato 4',6-Diamidino-2-fenilindol.

Resultados: Muestran una disminución en la expresión de tnf- β ; y en la activación de la caspasa-3 al inmunizar a las ratas con el péptido "a91" a los 7d pos lesión, así como una disminución de la apoptosis a este mismo tiempo. Al evaluar la locomoción mediante la escala de bbb, se observó que las ratas inmunizadas con "a91" presentaron una

recuperación significativa en la capacidad motora. Lo anterior sugiere que el péptido "a91" efectivamente disminuye la apoptosis, ejerciendo un efecto neuroprotector en la fase aguda a los 7d después de la LME. RBRH es becaria de CONACYT para estudios de posgrado.

Los autores agradecen a la Dra. Patricia Ostrosky del IIB, UNAM, el Dr. Armando Luna del INGER, por su ayuda con los controles positivos y al MVZ José Agustín Jiménez Rodríguez, por su apoyo en el manejo de animales.

3º lugar

- **Carbono biomasa microbiana en suelos con extracción de pumicita.**

Cruz Ruiz Evelia, UAEMéx/ Universidad Autónoma de Baja California.

Introducción: Los suelos son un recurso esencial en sistemas cultivados y naturales; y su calidad crucial, para el desarrollo sostenible de las actividades humanas, particularmente la agricultura (Garrigues et al., 2012) la extracción de pumicita en suelos de cultivo, da origen a una importante pérdida de suelo y favorece la erosión eólica y pluvial.

Objetivo: Identificar el efecto de la extracción de pumicita sobre la biomasa microbiana en suelos dedicados a la agricultura. Material y métodos. Se eligieron seis sitios en Calimaya en función del tiempo de extracción de pumicita: reciente extracción (ER), un año (E1), cuatro años (E4), diez años (E10) y quince años (E15), y sin extracción (SE). Las determinaciones realizadas fueron humedad, capacidad de retención de agua (CRA), materia orgánica (MO), nitrógeno total (nt) y carbono de la biomasa microbiana (CBM).

Conclusiones: Los valores más altos correspondieron al suelo (se), CRA (40%), MO (3.92%), NT(0.32%), cbm (458 mg c kg-1

ss). Se observó una disminución en casi el 53% de CBM.

Resultados: Se puede afirmar que los suelos sometidos a extracción de pumicita llegan a recuperarse hasta en un 84% con respecto a suelos sin extracción.

Caso clínico

1º lugar

- Reporte de un caso de hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia.

Bobadilla Montes de Oca Paloma Valeria, Hospital para el niño IMIEM.

Introducción: Las inmunodeficiencias, se originan por alteraciones congénitas o primarias, adquiridas o secundarias, y dentro de ellas la hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia, es un tipo de inmunodeficiencia primaria, habitualmente en menores de 5 años (90 %), del sexo masculino (60-80 %), con una incidencia global de 1 en 10.000 nacidos vivos, la cual se produce por un defecto en la síntesis de uno o más isotipos de inmunoglobulina durante los primeros años de vida, de carácter autolimitado, transitorio, etiología desconocida, se caracteriza por una disminución de la IgG sérica hacia el cuarto o quinto mes de vida hasta los 18 a 24 meses, con IgA normal o baja y una IgM normal.

Presentación clínica: Masculino de 6 meses de edad, originario de villa victoria, padres de la tercera década de la vida, sanos, haciamiento positivo, regulares hábitos higiénicos, alimentación con fórmula de inicio desde el nacimiento, esquema de vacunación incompleto. Producto de la gesta 1/1, embarazo normoevolutivo, obtenido vía vaginal de 36 semanas de gestación, peso de 2300g, Apgar 6/9. Múltiples internamientos desde el nacimiento, por neumonía congénita, el segundo por neumonía nosocomial e hipertensión pulmonar, el

tercero por neumonía nosocomial, el cuarto por neumonía adquirida en la comunidad. Inicia su padecimiento actual dos días previos por fiebre no cuantificada, sin predominio de horario, tos productiva, disneizante, en accesos, no cianozante, dificultad respiratoria con quejido, cianosis peribucal, retracción intercostal, conjuntivitis con secreción bilateral purulenta de moderada cantidad. A la exploración física: con FC 130 por minuto, FR 42 por minuto, T 36.1°, TA 90/60 mmhg, T 61 cm, P 5.5kg. Paciente con palidez mucotegumentaria ++, normocéfalo, aleteo nasal, cavidad oral sin alteraciones, tórax con ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, frecuencia e intensidad, campos pulmonares con estertores crepitantes, disociación toracoabdominal, abdomen sin alteraciones, genitales masculinos, extremidades íntegras, llenado capilar de 2 segundos, pulsos presentes.

Diagnóstico: Ingreso con leucocitos 4500, 47% linfocitos 42% segmentados 1% monocitos 4%, Hb 10.8 HTO 32%, plaquetas 391 000 vsq 1mm/h pcr 0.18, química sanguínea y electrolitos séricos sin alteraciones.

Ecocardiograma: hap leve no cardiógeno, punta de catéter: e. Coli, klebsiella pneumoniae, radiografía de tórax con infiltrado macronodular, tac pulmonar compatible con neumonía lobar superior derecha y segmentaria izquierda. Ego: sin alteraciones. Citometría de flujo: cd3 (3 632; 59%), cd4 (1 757; 59%), cd8 (1 711; 28%), céls. Nk "cd 16/cd56": (230 cel/ul; 4%), céls. B "cd 19 absolutas" (2 231 cel/ul; 35%), linfocitos absolutos (26 162cel/uL; 4%) inmunoglobulinas: Ig a 43.5, IgG 397, IgM 169. Tratamiento -la terapia con gammaglobulina endovenosa humana (en dosis de 400- 600 mg/kg cada 30 días) está indicada por la marcada hipogammaglobulinemia de IgG y la deficiente formación de anticuerpos con infecciones recurrentes graves o refractarias al manejo convencional. Su objetivo es alcanzar niveles séricos de IgG residuales por encima de 500 mg/dl para disminuir la

incidencia de infecciones severas del tracto respiratorio, y minimizar el riesgo de daño pulmonar permanente.

El tratamiento profiláctico desde el diagnóstico de la enfermedad es vital para la prevención frente a las infecciones a través de profilaxis antibiótica con trimetoprim-sulfametoxazol (vs. *Pneumocystis jiroveci*) a dosis de 150 mg/m² de trimetoprim y 750 mg/m² de sulfametoxazol, tres días a la semana y antifúngica (vs. *Aspergillus* sp) con fluconazol 7 mg/kg/día. Pronóstico reservado a evolución.

Conclusiones: Las inmunodeficiencias primarias aunque son poco frecuentes, tienen un diagnóstico de sospecha sencillo, y un tratamiento potencialmente curativo, por lo que es importante que se incluyan en el diagnóstico diferencial de cualquier niño con múltiples infecciones por patógenos normales, infecciones bacterianas recurrentes por microorganismos encapsulados o crónicas difíciles de erradicar e infecciones por gérmenes oportunistas o no habituales. -dentro de las pruebas que se deben realizar: a) medición de inmunoglobulinas, b) concentración de subclases de IgG, c) valoración de la formación de anticuerpos específicos después de inmunizaciones activas, y d) recuento de linfocitos b, por citometría de flujo.

Las neumopatías crónicas son complicaciones frecuentes de las inmunodeficiencias primarias, por lo cual su diagnóstico oportuno, mediante tomografía de tórax de alta resolución, permite su detección en más de 50% de los casos lo cual disminuirá la morbilidad y tiempo de hospitalización.

2º lugar

- Manejo odontológico de pacientes con displasia ectodérmica.

Baez Rodriguez Lula, Centro de Especialidades Odontológicas IMIEM.

Introducción: Displasia: trastorno en el desarrollo o crecimiento de un tejido u órgano. Displasia ectodérmica: grupo de padecimientos que involucran estructuras derivadas del ectodermo (piel, pelo, sistema nervioso).

Existen dos tipos bien determinados: a) hidrótica, gen (13q11-q12) y b) anhidrótica, recesiva ligada a x (xq12-q13.1). Por tanto son puras o presentan síndromes de displasia y malformaciones. Freire-maría, lo clasificó en dos grupos:

1. Afecciones con por lo menos dos signos clásicos, con presencia o no de otros síntomas displásicos o dismórficos: 2. Afecciones con solo uno de los signos clásicos, acompañada de por lo menos otro síntoma, con malformaciones o sin ellas. Los signos clásicos comprenden 1. Tricodistrofia; 2. Anomalías dentarias; 3. Onicodisplasia; 4. Dishidrosis.

Presentación clínica: Paciente masculino de 13 años 10 meses de edad, gesta i, para i, peso al nacer 3.300 kg, con el antecedente de haber convulsionado por fiebre al año y medio de edad, antecedentes heredofamiliares 2 hermanos con el mismo diagnóstico; ingreso al ceo.

El 30/09/09 al servicio de odontología infantil por presentar lesiones cariosas múltiples y ausencia de varios órganos dentarios (72.31.42.41.22.12), lo cual llevó a su diagnóstico, además de que sus hermanos menores también presentan dicha condición.

Diagnóstico: De displasia ectodérmica, acude a consulta de primera vez en ortodoncia, observando las siguientes características clínicas: forma de arco oval, compresión maxilar moderada, mordida cruzada posterior, agenesia de OD 12, 22, 31, 31, 41 y 42, presenta dientes de hutchinson en la zona anterior inferior (3), clase molar III derecha y II izquierda; presenta múltiples espacios en todo el arco superior. Smh: 2 mm y smv:1 mm, presenta frente estético inferior,

leptoprosopo, dolicocefálico, competencia labial, perfil recto, retrógnata, clase III ósea.

Tratamiento: preparación ortodóncica pre quirúrgica para avance maxilar, presenta aparatología fija en ambas arcadas (brackets prescripción roth, slot 018), para eliminar compensaciones dentales, se realizará la cirugía y posteriormente se llevará a cabo la finalización del caso, se mantendrá el espacio de canino a canino inferior para posteriormente rehabilitar protésicamente.

Pronóstico: favorable con la cooperación del paciente, familiares y personal médico responsable.

Conclusiones: El objetivo principal del manejo odontológico de estos pacientes consiste en el mantenimiento de la dentición existente, mejorar la estética y habla, permitir una adecuada masticación, aportar ayuda a nivel emocional, psicológico y lograr la aceptación familiar.

3º lugar

- Manejo conservador de retención de un fragmento de catéter a nivel muscular secundario a bloqueo peridural. Reporte de un caso.

González Chávez Citlaly RosariO, Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM.

Introducción: La colocación de catéteres peridurales es necesaria para procedimientos anestésicos diversos, pero la inserción no está exenta de complicaciones. Por ser la ruptura poco frecuente, causa incomodidad al personal médico, conduciendo a medidas extremas como la remoción del fragmento mediante laminectomía.

Presentación clínica: Femenino de 24 años, primigesta, sin antecedentes de importancia, ingresa a unidad de terapia intensiva por preclampsia severa. Estable hemodinámicamente, con laboratoriales normales, se decide bloqueo

peridural con administración fraccionada de anestésico local a través del catéter. Se realizó bpd en l2-l3 con administración de ropivacaína al 0.75% 37.5 mg con fentanil 50 mcg, se introduce catéter peridural, detectando resistencia, por lo que se retira catéter y aguja simultáneamente, observando el catéter fragmentado, faltando 5cm, se cambia de técnica anestésica por bloqueo subaracnoideo, administrando bupivacaína hiperbárica 10 mg. Se lleva a cabo procedimiento quirúrgico de manera satisfactoria.

Diagnóstico: Visualización directa de fractura del catéter, corroborándose por rayos x y resonancia magnética, observando el fragmento del catéter en l2-l3, en músculo, sin llegar al espacio peridural.

Tratamiento: conservador, con vigilancia estrecha para detectar presencia de radiculopatía y/o infección, administración de aine, esteroide y antibiótico. Se interconsulta a neurología, quien decide continuar con manejo establecido, con valoraciones periódicas por consulta externa.

Pronóstico: bueno, hasta la fecha asintomática.

Conclusiones: Existe controversia en dejar o retirar un segmento de catéter. La mayoría de los autores no recomiendan la manipulación quirúrgica si no existe sintomatología, pero existe renuencia de los pacientes, familiares e incluso del personal médico de dejar un material extraño en el organismo. Es importante la información al paciente e iniciar vigilancia estrecha, considerando el riesgo-beneficio que implica realizar procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Investigación epidemiológica

1º lugar

- Actividad física y riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México.

Cerecero Aguirre Patricia, Centro de Investigación en Ciencias Médicas CICMED UAEM.

Introducción: Los cambios en los estilos de vida, que entre otros, conducen a la inactividad física, son responsables del rápido incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo: Analizar la relación entre el nivel de actividad física y el riesgo cardiovascular (RCV) global en trabajadores de la UAEMéx.

Material y método: Se diseñó un estudio de casos y controles anidado en la "cohorte de trabajadores de la UAEMéx". Se evaluaron variables sociodemográficas, antropométricas, del estilo de vida y antecedentes familiares (AF) de enfermedades cardiovasculares. La muestra se conformó por 2555 participantes en la medición basal. De manera inicial se determinó el RCV a través de la metodología propuesta por Wilson, con base en los factores: edad, colesterol total, HDL colesterol, tensión arterial, glucosa y tabaquismo. Se definió como caso a todo trabajador participante de la cohorte con RCV $\geq 10\%$ y como control a todo participante de la cohorte con RCV $< 10\%$; 342 casos fueron pareados por género con dos controles seleccionados por muestreo sistemático. El nivel de actividad física se evaluó con un cuestionario diseñado para calcular la intensidad (ligera, moderada o intensa) y la duración de diferentes tipos de actividad física en una semana típica en el último año, tras considerar sólo aquellas que generan un gasto energético ≥ 3.5 equivalentes metabólicos (MET), se clasificaron de acuerdo con las recomendaciones de la OPS

en: actividad recomendada (≥ 3 h/sem), actividad insuficiente (< 3 h/sem) e inactividad (ninguna actividad). Además, como indicador de inactividad física se consideró el tiempo dedicado a actividades de bajo consumo energético (< 3.5 MET). Se estimaron razones de momios pareadas crudas e intervalos de confianza al 95%. Con modelos de regresión logística condicionada e interacciones se calcularon las razones de momios ajustadas (STATA VII).

Resultados: Se estudió un total de 1026 trabajadores, 30.7% mujeres y 69.3% hombres, con una edad media de 45.4 años. La probabilidad promedio de desarrollar un episodio cardiovascular fue 8.3% (hombres, 8.8%; mujeres, 7.2%). El RCV fue 29% menor en los individuos que realizan actividades moderadas-vigorosas ≥ 3 h/sem comparado con el de quienes dedican < 3 h/sem o son físicamente inactivos (rmp=0.71, ic95%: 0.51-0.98 h/sem). La proporción de mujeres físicamente inactivas (52.7%) fue 23 puntos porcentuales superior a la de los hombres (29.2%). Con rmp de RCV por las variables del estilo de vida, ajustadas por AF de infarto del miocardio e hipertensión, en los hombres que realizan actividad física con la regularidad recomendada, las posibilidades de presentar rcv alto fueron 36% menores que las de los hombres que dedican < 3 h/sem o son físicamente inactivos (rmp=0.64, ic95%: 0.42-0.96). Con modelos de regresión logística condicional para la estimación de RCV por la interacción entre género y h/sem dedicadas a actividad física, se obtuvo un efecto protector de la actividad moderada-vigorosa durante ≥ 3 h/sem en el género masculino.

En los hombres con actividad física regular, las posibilidades de presentar RCV alto fueron 1.8 veces menores tras ajustar por IMC, AF de infarto del miocardio e hipertensión, consumo de bebidas alcohólicas por día y actividades de bajo consumo energético (rmp=0.56, ic95%: 0.37-0.83).

Conclusión: Los resultados muestran el papel preponderante de la actividad física moderada-vigorosa como factor del estilo de vida asociado con menor RCV.

2° lugar

- Prevalencia de anomalías dentarias en escolares del jardín de niños de San Mateo Atenco, Estado de México.

Padilla Millán Miguel Angel, Facultad de Odontología UAEM.

Introducción: Las anomalías dentarias como los dientes supernumerarios, agenesias dentales, dientes con alteraciones en forma y tamaño, constituyen los factores locales asociados a la etiología de maloclusiones y patologías bucales.

Objetivo: Establecer la prevalencia de anomalías dentales en escolares del Jardín de Niños Dr. Eduardo Liceaga de San Mateo Atenco.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal universo de 250 alumnos. Muestra se conformo de 239 escolares, durante el ciclo escolar 2010. Previa autorización de los directivos del plantel y padres de familia. Criterios de inclusión se aceptaron a los alumnos que desearon participar firmando un consentimiento informado por el padre o tutor. Se tomó un estudio radiográfico a los niños.

Resultados: Se estudiaron 239 niños de 4 a 6 años. El 46% sexo masculino y 56% femenino. Las anomalías dentarias más prevalentes fueron la abrasión dental con el 45% de la muestra. Tubérculos suplementarios en segundo lugar con el 6%, anomalías de posición con el 5.3%, se observó hipoplasia del esmalte con el 4.9%, las anomalías de posición ocuparon el 9%. La prevalencia de las anomalías dentarias fue del 80% siendo el sexo femenino más afectado. Conclusiones

las anomalías dentarias más frecuentes fue la abrasión dental con el 45%. La prevalencia de las anomalías dentarias en este estudio fue del 80%.

3° lugar

- Comportamiento epidemiológico y distribución espacial de influenza A en el Estado de México durante 2011-2012.

Delgado Urbina Cristina, Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Introducción: La influenza es una enfermedad respiratoria aguda que afecta el tracto respiratorio y se presenta en las poblaciones humanas con una elevada morbilidad y mortalidad durante los brotes epidémicos. A partir del brote pandémico de 2009 se ha elevado su vigilancia epidemiológica en el estado de México.

Objetivos: Describir el comportamiento epidemiológico y el análisis exploratorio de los datos espaciales (aede) en los casos de influenza diagnosticados por el LESP-ISEM durante el periodo invernal.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticado por el laboratorio de biología molecular del LESP-ISEM de octubre de 2011 a mayo de 2012. Se calculó la prevalencia de la enfermedad por cada municipio y las tasas ajustadas por edad y sexo en la población. Se calculó el grado de dependencia espacial mediante el estudio de los casos, su tendencia, valores extremos y esquemas de concentración espacial o puntos calientes/fríos de infección (“hotspots”) utilizando las pruebas estadísticas de índice de Morán y mapas de significancia de lisa. Resultados: durante el periodo de estudio se analizaron 1007 muestras, de las cuales, 893 (88.7%) fueron positivos a influenza tipo A; de los subtipos se observó una mayor frecuencia de infecciones por influenza estacional con 659 casos (73.7%) comparado con los 234

casos (26.3%) de influenza a h1n1pdm09. Se observó un brote epidémico de casos de influenza a que inició en los primeros días de diciembre continuando con la presentación de casos esporádicos, a partir del 5 de enero se observó un incremento exponencial en la frecuencia de casos positivos alternando las infecciones por influenza a estacional y h1n1 pdm09, alcanzó el pico de infecciones el 24 de enero y de forma paulatina el número de casos durante los meses de febrero y marzo fueron disminuyendo hasta el 27 de marzo. Se observó una mayor proporción del total de infecciones en mujeres con 53.9% comparado con los hombres con el 46.1%. Con respecto a la edad se observó un elevado número de casos en el grupo de 25 a 44 años; sin embargo la tasa estandarizada de infección se mantiene elevada de los 25 años en adelante. De acuerdo a las pruebas de agrupación global hay una significancia estadística de dependencia espacial de casos de influenza a ($p < 0.001$) en municipios del valle de Toluca y sur del estado de México.

Conclusiones: A partir de la pandemia de influenza a en 2009, las infecciones por los virus de influenza a estacional y h1n1 pdm09 se ha mantenido constantes en la entidad, presentándose brotes epidémicos en la época invernal con poblaciones susceptibles en edades mayores a 25 años. Es importante resaltar que en el periodo de estudio existió una interacción entre los subtipos de influenza a estacional y el virus pandémico h1n1 y sus infecciones se localizan con una dependencia espacial en municipios del estado con alta densidad poblacional y unidades de salud con cobertura amplia a municipios colindantes.

Investigación clínica

1º lugar

- Efecto del cambio en el nivel de presión arterial durante las primeras 24 horas sobre la mortalidad intra hospitalaria en pacientes con evento vascular cerebral isquémico.

Valladares Jackson Zoara Lizbeth

Introducción: La presión de perfusión cerebral, se ve afectada por múltiples factores, en el evento cerebral isquémico (EVC) es importante, para reducir la zona de penumbra en las primeras horas del mismo. Hay controversia en cuanto a que nivel debe darse tratamiento, cual es el mejor rango de seguridad y el mejor momento para el cambio en la presión arterial. Las guías señalan que un cambio entre 15% y 25% en las primeras 24 horas, son las de mayor interés en la presión sistólica.

Objetivo: Determinar efecto de cambio en el nivel de presión arterial durante las primeras 24 horas sobre la mortalidad intra hospitalaria, en pacientes con evento cerebral isquémico.

Métodos: Se evaluaron 90 expedientes de paciente que ingresaron al hospital con diagnóstico de enfermedad vascular cerebral isquémica, corroborado por resonancia magnética o tomografía; se registraron edad, género, antecedentes de comorbilidad con énfasis en hipertensión, anotando la presión arterial de ingreso, a las 6, 12, y 24 horas, sus cambios en números enteros y en porcentajes en rangos de hasta 10%; 11% al 25% y mayor al basal. Finalmente el motivo de egreso ó muerte.

Resultados: El 52% de pacientes fueron mujeres (47), de los 90 totales 56 (60%) con antecedentes de hipertensión, de ellos 49 (54%) recibieron tratamiento anti hipertensivo en las primeras 24 horas, con un rango de 143

+ - 29; 91+ - 23 mm de hg. Vs. Los que no recibieron tratamiento: 122+ - 23; 77+ - 15 mm de hg. ($p=0.0002$). La mortalidad fue mayor en el primer grupo (18 vs. 8 $p=0.05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presión sistólica, en la diastólica a las 6 horas el descenso fue de entre 10% y 25% incrementándose la mortalidad, pero a un cambio al 25% alcanza hasta el 50% ($p=0.016$) y a las 12 horas ese cambio se incrementa en un 12% ($p=0.05$), a las 24 horas no se detectó un cambio significativo ($p=0.45$).

Conclusiones: El estudio es limitado por ser retrospectivo y por el tamaño de la muestra, sin embargo orienta al manejo de la hipertensión arterial, especialmente durante las primeras en que se incrementa la mortalidad de los pacientes, este hecho probablemente se relaciona con el periodo de penumbra, y a diferencia del evento hemorrágico, reservado a pacientes con alto riesgo de conversión hemorrágica.

2° lugar

- Asociación de acantosis nigricans con los componentes del síndrome metabólico en escolares.

Pizano Zarate Dra. Maria Luisa, IMSS, zona Oriente.

Introducción: La acantosis nigricans es conocida como un buen predictor de hiperinsulinemia, un hallazgo que puede predecir a la diabetes mellitus tipo-2 (dm2).
Objetivos: determinar la asociación entre acantosis nigricans (AN) y los componentes del síndrome metabólico (SM) en niños de tres escuelas públicas, durante el periodo de 2011 a 2012.

Material y métodos: Diseño: estudio transversal, analítico. Se evaluaron a 153 escolares de 9 a 11 años de ambos sexos, obteniéndose antecedentes familiares y

perinatales, exploración física, evaluación antropométrica y bioquímica. Los componentes del SM se tomaron en base a los criterios de Cook1 para niños y adolescentes.

Resultados: La prevalencia global del SM fue de 11.9%. De los 153 escolares, 66 (43%) presentaron AN, de los cuales 42 (64.3%) tuvieron obesidad y el resto sobrepeso, se formaron dos grupos de niños uno con AN y otro sin AN encontrándose diferencias significativas entre la circunferencia de la cintura $p=0.011$, pliegues cutáneos $p=0.002$ y concentración de triglicéridos $p=0.01534$ en el modelo de regresión logística se observó asociación entre la AN y la obesidad $p<0.001$, distribución de grasa central por perímetro de cintura $p=0.011$, pliegues cutáneos $p=0.002$, concentración de triglicéridos y obesidad en la madre $p=0.019$. No se observó asociación entre la presencia de AN y antecedentes familiares de obesidad, diabetes o hipertensión, peso al nacimiento lactancia materna e hipertensión arterial o si los padres trabajan.

Conclusiones: El hallazgo de este signo clínico entre los niños obesos constituye un instrumento útil simple, económico y no invasivo para detectar individuos con hiperinsulinemia y propensos a desarrollar dmt-2 u otras alteraciones metabólicas y la AN se asocia con algunos componentes del SM.

3° lugar

- Dislipidemia en pacientes pediátricos con obesidad que acudieron al servicio de endocrinología pediátrica del hospital general regional.

Núñez-Hernández Jorge Arturo, Hospital Regional No. 220 Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estado de México Poniente.

Introducción: La obesidad es una enfermedad

multifactorial: que suele iniciarse en la infancia o adolescencia estableciéndose un metabolismo anormal de las lipoproteínas. Los niños y adolescentes obesos presentan a menudo un perfil lipídico “aterogénico” que consiste en aumento de LDL colesterol y de Apo proteína B, aumento de triglicéridos y lipoproteína (a) y disminución de HDL Colesterol y de apoproteína A1.

Objetivo: Determinar la dislipidemia más frecuente en pacientes escolares y adolescentes con diagnóstico de obesidad que acudieron a la consulta de Endocrinología Pediátrica.

Metodología: Previa aceptación por el comité local de Ética e Investigación se realizó un estudio transversal en 170 escolares y adolescentes de 6 a 14 años ambos sexos derechohabientes del IMSS con diagnóstico de obesidad exógena

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, 89 del género masculino (52.4%) y 81 pacientes del género femenino (47.6%), edad 11.15 \pm 2.13 años, IMC 26.7 \pm 4.0, relación peso/peso ideal para la talla 140.98 \pm 19.53%, circunferencia de cintura 86.19 \pm 10.97 cm, detectando de acuerdo a los criterios de NCEP: 81 pacientes (47.6%) con hipercolesterolemia, 152 pacientes (89.4%) con hipoalfalipoproteinemia, 126 pacientes (74.1%) con hipertrigliceridemia, correspondiendo colesterol total 171.3 \pm 36.5 mg/dl, triglicéridos 167.16 \pm 88.7 mg/dl, HDL-C 35.07 \pm 8.7 mg/dl, LDL-C 102.43 \pm 32.6 mg/dl.

Investigación en servicios de salud

1º lugar

- Dinámica espacial de agresiones por murciélago y acceso a servicio de salud en el sur del Estado de México.

Zaldivar Gomez Alejandro, Laboratorio Estatal de Salud Pública.

Introducción: Las agresiones por cualquier

tipo de quiróptero son consideradas como de exposición grave al determinar el riesgo de infección por rabia. El acceso oportuno de atención médica antirrábica específica es valioso para la aplicación de medidas de control, y está relacionado a los niveles de cobertura de los servicios de salud.

Objetivo: Estimar los patrones espaciales de las tasas de agresión por murciélagos evaluando los tiempos de trayecto de las poblaciones en riesgo con acceso geográfico limitado para recibir atención médica y profilaxis post-exposición.

Material y método: Un conjunto de puntos georreferenciados de las localidades con casos reportados de agresión por quirópteros en humanos fue usado para modelar las tasas de agresión ajustadas por habitantes en las localidades de la región sur del estado de México.

Se construyó una superficie continua de predicción de las tasas de agresión a partir de los eventos ocurridos durante el periodo 2001 a 2009 usando el método de interpolación espacial (Poisson-Kriging). Las áreas de cobertura de los servicios de salud fueron calculadas a partir del tiempo de trayecto por carretera (30 y 60 minutos) desde la localidad donde ocurre la agresión hasta la unidad de salud más cercana usando un análisis de redes.

La estimación fue integrada a un mapa de riesgo para las agresiones de murciélagos evaluando las medidas de bondad de ajuste para cada una de las construcciones estadísticas.

Resultados: El 94.8% del total de agresiones fue registrada sólo en los municipios de Tejupilco y Luvianos. Durante el periodo de 2001 a 2009, el índice de agresión por género mostró un incremento en las mujeres (58.6%) en contraste con los hombres (41.4%); por grupo de edad, el de mayor porcentaje está comprendido entre 10 a 24 años. Se observó una estacionalidad de las agresiones con

mayor frecuencia en los meses de abril a agosto, y una tendencia espacial de mayor tasa de agresiones hacia el noroeste, en el municipio de Luvianos.

Esta distribución y estacionalidad se relaciona a las condiciones físicas y geográficas de la región, además de las condiciones socioeconómicas con alto grado de vulnerabilidad social limitando el acceso a niveles básicos de servicios de salud.

Conclusión: Los sistemas de información geográfica en salud constituyen un instrumento para la gestión y planificación de los servicios de salud en el abordaje del riesgo de agresión en humanos por murciélago desde la perspectiva del análisis espacial y geográfico.

2° lugar

- Asociación de satisfacción laboral del médico y calidad en el trato al paciente crónico degenerativo.

López Portillo Armando, Instituto Mexicano del Seguro Social, zona Oriente.

Introducción: Es evidente la necesidad de vincular la satisfacción laboral de los profesionales de la salud con la satisfacción por la calidad en el trato a los pacientes.

Objetivo: Indagar la asociación entre la satisfacción laboral del médico y la calidad en el trato que otorga al paciente con hipertensión y/o diabetes.

Material y métodos: Estudio transversal analítico, de abril a junio de 2012 en la UMF No. 93 del IMSS. Se invitó a responder un instrumento de satisfacción laboral a los médicos y la encuesta de trato digno de los servicios de primer nivel a sus pacientes hipertensos y/o diabéticos al salir de su consulta.

Resultados: Participaron 62 médicos, género femenino 66%, edad 43 +/- 9.5 años, casados 54%, con especialidad 54%; antigüedad 11 +/- 8.1 años, base 67%, segundo empleo 26%. El porcentaje de insatisfechos resultó alto en los dominios "reconocimiento social" 54%, "reconocimiento y ascensos" 36% y "salario adecuado" 31%. Tienen satisfacción laboral 46%, indiferencia 38%, insatisfacción 16%, ésta se asocia con edad mayor de 31 años (RM 6.6, ic95% 0.79-56.21, p=0.04) y antigüedad mayor de 6 años (RM 4.69, ic95% 1.34-16.45, P=0.01). Respondieron la encuesta 465 pacientes, están satisfechos con el tiempo que duró la consulta 88%, con el tiempo de espera 66%, con la explicación sobre su estado de salud 93%, sobre su tratamiento 91%, con la claridad de la información 88%, con la cantidad de medicamentos 80%, con la calidad en el trato 84%. Las áreas de riesgo para mal trato fueron: farmacia 17%, asistente médica 5%, archivo 5% y área médica 4%. No existe correlación entre la satisfacción laboral del médico y la calidad en el trato percibida por el paciente (r=0.08, p no significativa).

Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de médicos insatisfechos e indiferentes, estrechamente relacionado con el reconocimiento social, laboral y con el salario; en general el paciente crónico se encuentra satisfecho por la calidad en el trato que recibe y no se demostró correlación entre éstas variables.

La percepción del mal trato no está asociada al proceso de atención médica, sino a otros eventos fuera del consultorio que afectan la percepción de calidad global por el trato en la unidad.

3° lugar

- Modelo de optimización para la mejora de la regionalización operativa de las unidades de salud de primer nivel.

Mendoza Gómez Rodolfo, Tecnológico de

Monterrey.

Frente a los problemas de acceso a los servicios de salud en México el propósito de esta investigación es presentar una herramienta para la toma de decisiones para el mejoramiento del acceso a los servicios públicos de atención a la salud de primer nivel, siendo más significativos los problemas de cobertura en las zonas rurales del país. En este aspecto el modelo Integrador de atención a la salud (midas) de la secretaria de salud está enfocado en eliminar las barreras geográficas, organizacionales y culturales al acceso de los servicios de salud, mediante la articulación de redes de servicios de salud. En este trabajo, para mejorar la conformación de estas redes, se propone la utilización de un modelo matemático. El modelo tiene como funciones objetivos minimizar la distancia total recorrida por la población hacia las unidades de salud y distribuir de una forma más equitativa a la población de acuerdo a la capacidad de las unidades disponibles. Por otro lado se puede utilizar para la identificación estratégica de puntos geográficos en los cuales se pueda ampliar o localizar nuevas unidades cuando la capacidad de atención en los municipios sea insuficiente. Con información disponible se aplicó el modelo en cinco municipios rurales del estado de México, evaluando las unidades médicas de primer nivel de la Secretaría de Salud.

Resultados: Se compararon con el estudio de regionalización operativa (ERO) del estado de México 2001 y el plan maestro en infraestructura física en salud (PMIFS) del estado de México 2010, encontrando una reducción significativa en la distancia recorrida por la población, una distribución más equitativa en las diferentes unidades médicas y la identificación de localidades candidatas para la apertura de nuevas unidades.

Conclusión: Se considera la aplicación de modelo de optimización como una respuesta viable para la reorganización y la restructuración de la regionalización operativa de la Secretaría de salud. Esto permitiría reasignar de una manera más equilibrada y equitativa a la población rural a las diferentes unidades medicas existentes, con el fin de que cada comunidad dentro de cada municipio tenga una unidad de salud asignada a la cual puedan acudir para recibir los servicios de consulta externa y los beneficios otorgados por el seguro popular; con la garantía de una mejor atención, reduciendo el tiempo de espera y aumentando la calidad del servicio. Con la implementación de esta estrategia se espera mejorar la calidad de vida de la población en los municipios rurales, una mejor inversión de los recursos con resultados efectivos y una mejor cobertura en salud.☞





Normas para la presentación de colaboraciones

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

La revista está dirigida a la población en general que acuda a las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales, así como a los servidores públicos de las instituciones del sector salud y educativo del Estado de México. Su distribución es gratuita. Los ejemplares estarán ubicados en las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales. Así mismo se puede consultar en la página electrónica de la Secretaría de Salud www.salud.edomex.gob.mx, en el espacio de Recursos.

Normas

Se publicarán únicamente trabajos originales e inéditos.

El idioma oficial de la revista es español. Los artículos escritos en inglés o francés, de ser

aceptados para su publicación, deberán ser traducidos al español, por cuenta del autor. Se considerarán inéditos aquellos que ya hayan sido publicados en otro idioma y se traduzcan por primera vez al español. Es pertinente informar si el trabajo ha sido presentado para su posible publicación en otro lugar.

Los trabajos deberán entregarse escritos a doble espacio, con tamaño de letra Gotham Book a 10 puntos y capturados en el procesador de textos Word; deberá adjuntarse el disco que contenga el archivo y enviarse a nuestros correos electrónicos: bioética.edomex@edomex.gob.mx y miva06@yahoo.com.mx.

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

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

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

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



Contenido

Se divide en las siguientes secciones:

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

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

Perspectivas médicas y reporte de casos: sección para incluir artículos sobre algunos temas y problemáticas específicas en el campo médico, casos concretos, alternativas, experiencias médicas. Los escritos deberán contener: La exposición del hecho, identificación del(los) dilema(s) ético(s) y la disertación o discusión ético-clínica relacionadas con los principios bioéticos. La extensión máxima de cinco cuartillas.

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

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

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

Colaboraciones

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

Créditos por autor

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



Comisión de Bioética del Estado de México

**SECRETARIO DE SALUD
PRESIDENTE**

**COORDINADOR DE SALUD
VICEPRESIDENTE**

**COORDINADORA ESTATAL DEL PROGRAMA
DE BIOÉTICA
SECRETARIO TÉCNICO**

VOCALES

PROFR. PAULINO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ
Subdirector de Apoyo a la
Educación de la Secretaría de Educación

BIOL. Y S.P.A. 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



Comisión de Bioética del Estado de México

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 BORROMEIO

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 ALANÍS 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

Porque
merecemos
Servicios de Salud

Con
calidad y
calidez
¡Contamos contigo!

COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO
Avenida Independencia Orte. No. 903, colonia Santa Clara
Teléfonos: 2148680, 2155244 y Cel.: 7224136105
Toluca, Estado de México

Correos electrónicos: isem.eibioetica@edomex.gob.mx / miva06@yahoo.com.mx

