



REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 4 NO. 6 Enero - Junio 2013

Aspectos bioéticos en la atención a pacientes geriátricos

César Nomar Gómez Monge



2014. Año de la Bioética en México

12º Congreso Mundial de Bioética

10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética



Comité de Ética en Investigación

Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos

Funciones:

1. Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales en materia de investigación para la salud, apegadas a las disposiciones normativas vigentes.
2. Evaluar y dictaminar los contenidos éticos en los protocolos de investigación que involucran seres humanos.
3. Realizar seguimientos a las recomendaciones de carácter ético que correspondan a los protocolos de investigación y apoyar a los investigadores para la óptima realización ética de sus protocolos.
4. Coadyuvar en la aplicación de la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación, así como en las demás disposiciones aplicables en la materia.
5. Establecer mecanismos de colaboración con otros comités para la evaluación conjunta de protocolos de investigación cuando así se amerite.
6. Elaborar los informes de acuerdo con la normatividad establecida y proporcionarla a las instancias que proceda.



VII Encuentro Nacional de Bioética

El rescate de los **valores** para generar los **servicios** de salud **que merecemos**

20 de **septiembre** de 2013

Sede:

Auditorio del Centro Médico
“Lic. Adolfo López Mateos”
Av. Dr. Nicolás San Juan
Col. Ex-Hacienda La Magdalena,
CP. 50010, Toluca, Estado de México.

Informes:

Instituto de Salud del Estado de México,
Unidad de Enseñanza, Investigación y
Calidad. Programa de Bioética.
Av. Independencia Ote. No. 903 Col. Santa Clara,
Toluca, Estado de México.
Teléfonos: (01 722) 2 14 86 80

Comisión de Bioética del Estado de México.
Mariano C. Olivera No. 100, esquina Isidro Fabela,
Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales,
Toluca, Estado de México.
Teléfono: (01 722) 2 14 26 05
Correo electrónico: isem.eibioetica@edomex.gob.mx
coordinacionestatalbioeticaedmx@yahoo.com.mx

Programa:

- 9:00 Registro
- 10:00 Conferencia:
 - La fórmula del éxito verdadero basado en valores
- 10:30 Inauguración
- 10:50 Conferencia Magistral:
 - El humanismo en la práctica médica
- 11:20 Presentación artística:
 - Cuarteto de viento de la UAEMéx
- 11:30 Receso
- 11:40 Conferencia:
 - La fórmula del éxito
- 12:20 Conferencia:
 - El valor de la identidad Institucional
- 12:50 Simposio “Los servicios de salud con valores”:
 - ¿Por qué es tan difícil vivir con valores?
 - Conocimiento con valores
 - La salud con valores
 - La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en los estudios de bioética
- 14:50 Refrigerio
- 15:00 Clausura del evento

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

Gobernador Constitucional del Estado de México

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

- Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Ana María Millán Velázquez
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 IV, No. 6, Enero - Junio 2013. Es una publicación semestral. Editada y distribuida por el Instituto de Salud del Estado de México. Independencia Oriente, No. 1009, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, C.P. 50070. Toluca, Estado de México, Teléfonos: (01 722) 2-14-26-05, www.salud.edomex.gob.mx; isem.eibioetica@edomex.gob.mx; coordinacionestatalbioeticaedmex@yahoo.com.mx. Editor responsable Dra. Ana María Millán Velázquez. Certificado de Reserva de Derechos: 04-2012-011315374600-102, ISSN: 2007-2864 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por GARPIEL S.A. de C.V., Col. Sector Popular, C.P. 50040, Toluca, Estado de México, este número se terminó de imprimir el 14 de junio de 2013, con un tiraje de 500 ejemplares. Distribución gratuita.

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

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

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/05/03/13-01

Consejo editorial:

César Nomar Gómez Monge
Elizabeth Dávila Chávez
Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero

Comité editorial:

José Pedro Montoya Moreno
Jesús Luis Rubí Salazar
Lizdah Ivette García Rodríguez
José Torres Mejía
Octaviano Domínguez Márquez
Octavio Márquez Mendoza
Juan María Parent Jacquemin
Juana González Villegas
Jorge Elliot Rodríguez
Manuel López Kneeland
Raúl Jaime Flores Rodríguez

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de redacción:

Elías Miranda Román
Jorge Cruz Borromeo
Miguel Ángel Cruz Muciño
María Elena Orenday Aréchiga

Diseño e Imagen:

Erika Viridiana Mejía Millán

Fotografía:

Unidad de Comunicación Social del ISEM
Hospitales del Sector Salud

Corrección de Estilo:

Revisión a cargo del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal

Los trabajos publicados en esta revista no expresan necesariamente el punto de vista de la Comisión de Bioética del Estado de México, el contenido es responsabilidad del autor.

| | |
|---|----|
| Presentación | 04 |
| Editorial | 05 |
| La Bioética en México, sede mundial 2014 Dr. Manuel Ruiz de Chávez | 07 |
| Diálogo bioético | |
| Bioética y Trasplantes Médicos, sinergia ante la crisis de valores Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas Dr. J. Jesús Hernández Romero Dr. José de Jesús Luna Hernández Dr. Moisés Elizarrarás Hernández | 12 |
| Algunos aspectos a considerar sobre la pena de muerte Dr. Octavio Márquez Mendoza | 23 |
| De la ciencia a la conciencia | |
| El por qué de la Bioética Dr. Enrique Domville Domville | 32 |
| Dilemas en la atención a niños con traumas térmicos agudos M.C.G. Pablo Rodríguez Ferreyra Dra. Ana María Millán Velázquez | 36 |
| Perspectivas médicas y reporte de casos | |
| Miastenia Gravis y embarazo, un reto ético para la salud Dr. Alberto Domínguez Cadena, Dr. Antonio Jaymes Núñez, E.E. Guadalupe López Beltrán, Dra. Ana María Millán Velázquez, Lic. Rosa María Varela Ramírez, Dr. Yisvanth Pérez Ponce, Lic. Yolanda Colín Escamilla, P. en Psíc. Luz del Carmen Hernández Trigos, Lic. Manuel A. Chable García, Mtra. Brenda Rodríguez Aguilar, Lic. Daniel Aguilar Luna | 46 |
| Fuente informativa en bioética | |
| Por el camino a la igualdad y la erradicación de la violencia de género Mtra. Georgina Acosta Ríos | 52 |
| Aspectos bioéticos en la atención a pacientes geriátricos Mtro. César Nomar Gómez Monge | 58 |
| Espacio libre y cartas al editor | |
| Situación Actual de la Investigación: ¿Es un tema de cantidad o de calidad? M. en C.S. Juan Carlos Díaz Montiel | 63 |
| Lecturas recomendadas | |
| Análisis al Diccionario Enciclopédico de Bioética Dr. José Enrique Gómez Álvarez | 67 |
| Principios de Ética Biomédica Dra. Marisabel Rivera Jiménez | 70 |
| Reestructuración de la Comisión de Bioética del Estado de México | 74 |
| Capacitación en los servicios de salud en materia de la prevención del conflicto derivado del acto médico y bioética desde el punto de vista de la responsabilidad moral | 80 |
| Los códigos de conducta para llegar a la calidad de salud | 83 |
| Normas para la presentación de colaboraciones | 85 |

Presentación

Estimado lector, en este sexto número de la Revista Bioética y Salud se incluyen temas que consideramos relevantes para la práctica médica actual y la educación médica continua en materia de bioética.

El próximo año, se llevará a cabo en nuestro país el 12º Congreso Mundial de Bioética y la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética, en la Ciudad de México. Lo que demuestra el interés hacia el tema por parte de los mexicanos y el liderazgo que la Comisión Nacional de Bioética tiene a nivel mundial. En este número, el Comisionado Nacional de Bioética, Dr. Manuel Ruiz de Chávez, describe la importancia y los temas a tratar en ambos eventos, con el objetivo de difundirlos e iniciar la discusión en nuestro país de los temas fundamentales.

Mucho se ha hablado de los trasplantes médicos y sus aportaciones a la salud y tecnología médica actual. Nos sentimos muy afortunados de que, en este número, el Dr. Gabriel O'Shea, junto con otros expertos, explora de manera detallada el tema de "Bioética y Trasplantes Médicos", dejando, después de un análisis muy completo, una propuesta de interacción Institución-Médico-Paciente-Familiar para la mejora de todos los procesos involucrados en los trasplantes desde el punto de vista de la bioética.

Se incluyen además otros temas relevantes e interesantes, analizados por diversos expertos en su ramo, como algunos aspectos a considerar sobre la pena de muerte, el por qué de la bioética, los dilemas en la atención a niños con traumas térmicos agudos, entre otros.

Cada día es más evidente que la bioética no es sólo para filósofos, está en el quehacer diario del personal de salud, tanto que incluso es materia obligatoria en los planes curriculares de la mayor parte de las profesiones afines a la salud. El Estado de México continuará realizando el esfuerzo para que cada vez más sea del conocimiento y dominio de todos, incluyendo a los pacientes y sus familiares, con el objeto de promover la discusión como medio de mejora de la convivencia de la población con los servicios de salud.®

La Comisión de Bioética del Estado de México tiene como principal objetivo el mejorar la calidad de los servicios de salud a través de implementar una cultura bioética en el personal. Esta sexta publicación de la revista “Bioética y Salud”, busca ampliar la promoción y discusión de la bioética en el Estado para cumplir tan importante objetivo. Felicito ampliamente a los integrantes del comité editorial por este logro, que seguro estoy, será uno de muchos.

La prestación de servicios de salud en el mundo ha evolucionado de manera sorprendente en los últimos años. La bioética ha jugado un papel central en esta evolución al proporcionar a médicos y enfermeras, de mejores herramientas para enfrentar los problemas que derivan de la atención médica, poniendo especial énfasis en la autonomía y los derechos de los pacientes.

Es cierto que los temas pueden ser numerosos y diversos, pero el compromiso es difundirlos, y creemos que esta revista es el medio idóneo para hacerlo, a través del análisis interdisciplinario y multidisciplinario de los expertos en temas relevantes y de aplicación práctica.

Invito a nuestros lectores a colaborar con nosotros en la tarea de difusión de la bioética, a través de la publicación y discusión de ideas, que contribuyan a la generación de actitudes para construir una visión cada vez más humana del sector salud en nuestro estado.☺

2014: MÉXICO SEDE DE LA BIOÉTICA



10^a Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética

22-24 de junio de 2014

Ciudad de México



12^o Congreso Mundial de Bioética

25-28 de junio de 2014

Ciudad de México



Manuel Ruiz de Chávez

Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

La Comisión Nacional de Bioética CONBIOÉTICA, cuya misión es promover la cultura bioética en México, y ser un organismo autónomo de vanguardia reconocido por la sociedad como referente nacional e internacional en el contexto de los dilemas bioéticos, ha hecho posible que nuestro país sea sede de los dos eventos internacionales en bioética de mayor importancia en el mundo: el 12º Congreso Mundial de Bioética y la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética, los cuales se llevarán a cabo en la Ciudad de México, durante el mes de junio de 2014.

A lo largo de sus más de veinte años de historia, la CONBIOÉTICA ha impulsado la reflexión y análisis de los dilemas que surgen alrededor de las ciencias de la vida, particularmente en lo que atañe a la salud. Con la intención de mantenerse a la vanguardia en torno a las temáticas en bioética en el orden mundial y ejercer su liderazgo en los países de la región, ha participado en foros nacionales e internacionales en los que, a través de la característica dialógica de la bioética, diversas perspectivas bioéticas, en apariencia disímbolas, se complementan y enriquecen para mejorar las propuestas que pretenden afrontar los dilemas que los avances científicos y tecnológicos generan en el contexto global.

El vertiginoso cambio que vive la sociedad actual, impuesto por un mundo tecnificado en el que persisten grandes contrastes en el orden socioeconómico, con efectos cada vez más evidentes al medio ambiente, exige la reflexión bioética, así como el intercambio de saberes y experiencias que permitan establecer las pautas de acción según la realidad concreta de cada nación.

Atendiendo a esa necesidad, la CONBIOÉTICA busca continuamente estar presente en espacios en los que concurren representantes de diversas partes del mundo, con problemáticas particulares y posturas múltiples, pero que encuentran en la bioética un campo fértil para dilucidar las posibles respuestas a problemáticas tanto emergentes como propias del pasado, cuyo abordaje es ineludible.

Por el número de personas que asisten, por el nivel de reflexión, de crítica y actitud propositiva, así como por los resultados que se generan, es posible afirmar que el Congreso Mundial de Bioética de la Asociación Internacional de Bioética (IAB por sus siglas en inglés) y la Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS), son los dos eventos internacionales de mayor importancia; los cuales se realizan ininterrumpidamente de manera bienal y que durante 2012 celebraron su 11ª y 9ª edición, respectivamente.

Representado por la CONBIOÉTICA, México ha estado presente de forma regular en estos encuentros. En 2012 se asistió a ambos eventos con un propósito especial: conseguir que nuestro país, específicamente la Ciudad de México, obtuviera la sede de la próxima edición tanto del Congreso como de la Cumbre. Con esta intención se realizaron una serie de labores encaminadas a obtener dicho objetivo. Asimismo, la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a través de sus titulares y dentro de sus facultades, extendieron su apoyo y aval irrestricto a la CONBIOÉTICA para la consecución de la sede de los encuentros y el óptimo desarrollo de éstos.

De tal forma que en junio de 2012, una representación de la Comisión acudió a Rotterdam, Países Bajos, sede de la pasada edición del Congreso Mundial de Bioética, con la intención de hacer pública la propuesta de nuestro país para albergar la 12ª edición de este Congreso. La propuesta realizada ante el Comité Científico y Consejo Directivo de la IAB, permitió que se cumpliera la meta. Es importante destacar que México no era el único postulante que buscaba ser favorecido con esta designación, pero la solidez de su propuesta derivó en el dictamen unánime a favor de nuestro país como próximo anfitrión del encuentro.

Después de haber obtenido la sede del Congreso y aunado a la comunicación constante con personal de la Organización Mundial de la Salud y orientado por éste, se asistió en el mes de septiembre a la 9ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética, realizada en Cartago, Túnez, durante la cual, se presentó formalmente la candidatura de México. La propuesta fue bien acogida por los asistentes a la reunión y respaldada por varios representantes de múltiples comisiones nacionales, por lo que nuestro país fue elegido, una vez más por unanimidad, como sede. La participación de la CONBIOÉTICA en la Cumbre fue sumamente activa, ya que se coordinó el grupo de trabajo de ética en investigación, cuyos integrantes eran representantes de comisiones nacionales de múltiples países.



* **El congreso y la cumbre**

El Congreso es un espacio de carácter académico que reúne a connotados expertos en bioética e interesados en esta disciplina de todo el mundo. Se exponen y discuten temas de vanguardia y perspectivas novedosas y bien fundamentadas por lo que, en cierta medida, este evento marca la pauta en cuanto a las tendencias de la bioética.

Para su edición en México se espera la asistencia de al menos 1500 congresistas provenientes de todo el mundo, así como de aproximadamente 50 de los más destacados estudiosos de la bioética en el orden mundial. El tema del encuentro será “Bioética en el contexto global: ciencia y sociedad”.

Por su parte, la Cumbre congrega a representantes de Comisiones Nacionales de Ética y Bioética de los países miembros de la OMS, así como a organismos internacionales; tiene como objetivo analizar y discutir problemáticas en torno a la incorporación de la ética en la agenda de salud de los gobiernos nacionales, de ahí que esta Cumbre hace posibles los debates locales y los marcos institucionales de los países asistentes, promoviendo el intercambio de experiencias y el aprendizaje para todos los que acuden. La asistencia estimada para la Cumbre en México se calcula en alrededor de 100 representaciones nacionales, más el Secretariado Permanente de la OMS y otros organismos internacionales.

Para esta oportunidad, los temas que se discutirán se relacionan con justicia distributiva y acceso universal a servicios de salud, ética en investigación; bioética en salud pública, biobancos y, modalidades y perspectivas de las comisiones nacionales de bioética.

*** Programa de los encuentros en junio 2014**

La realización de estos eventos trasciende a la Comisión y representa importantes esfuerzos y grandes oportunidades. Además de las cuestiones de organización y logística que implicará su realización, la convergencia de sinergias de múltiples actores será un factor determinante que garantizará el éxito.

Es necesario vislumbrar los efectos positivos que traerá a nuestro país la celebración de dichos eventos, dada la importancia de cada uno; es decir, esto representa para todos los interesados en bioética de México, una excelente ocasión para consolidar el trabajo que se viene realizando, en la búsqueda de afianzar y promover la reflexión desde la perspectiva bioética, sobre la realidad concreta en nuestro país.

Es un compromiso capital para la CONBIOÉTICA, y a la vez un gran reto, la organización de estos encuentros, ya que representan un excelente marco para impulsar y difundir en el país la cultura bioética que los tiempos que corren exigen. El espectro positivo que tienen el estudio y reflexión de la bioética debe extenderse sobre la sociedad en general, lo que permitirá una actitud crítica, justa y ética, dentro de un contexto de respeto hacia múltiples ópticas, con mínimos éticos comunes.

Para México este será un gran paso rumbo a su consolidación como líder en la región de las Américas, labor en la cual ha trabajado arduamente. La celebración de estos encuentros desplegará un horizonte de oportunidad inmejorable, no sólo para difundir los avances en materia de bioética en nuestro país, sino que será una plataforma para que toda América demuestre los trabajos y éxitos que ha logrado en la materia.

Con grandes expectativas, mucho entusiasmo y sentido de responsabilidad, la CONBIOÉTICA, con el apoyo de otras instituciones, ha comenzado las labores que implicarán la realización de estos eventos, mismos que dan fundamento para que el 2014 sea Año Mundial de la Bioética en México.☩

Diálogo Bioético



Bioética y trasplantes médicos, sinergia ante la crisis de valores

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

J. Jesús Hernández Romero

Subdirector de Investigación y Concertación del
Centro Estatal de Trasplantes

José de Jesús Luna Hernández

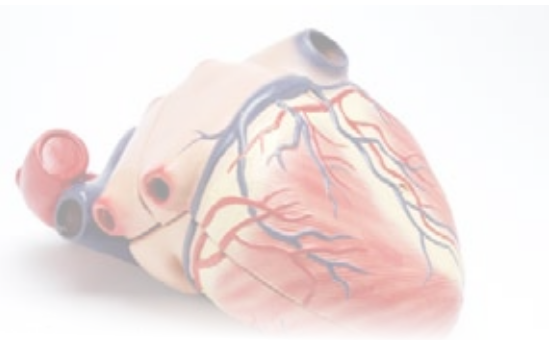
Supervisor Médico del Centro Estatal de Trasplantes

Moisés Elizarrarás Hernández

Investigador de Política Social del Gobierno del Estado de México

Resumen

El presente documento pretende en primera instancia, plantear la sinergia (trabajo en conjunto) que la especialidad médica de los trasplantes de órganos guarda con la bioética, en la búsqueda de la superación de la ruptura entre la ciencia y tecnología con las humanidades; y en segundo término, se desea brindar a los lectores un mosaico de posibilidades entorno al manejo médico-familiar, en tanto el desarrollo de un proceso clínico de trasplante de órganos, esto último, en cuanto que no han sido pocos los casos demandados en México por el manejo situacional, *pre* y *post* aplicación en dichas cirugías; finalmente, dejar en la mesa de discusiones algunas propuestas en relación al aspecto que se refiere en la última idea y, con ello, aportar algunas consideraciones finales.



Palabras Clave

Bioética, Trasplantes Médicos, Sinergia y Procesos Clínicos.

Introducción

En nuestro México actual, el tema del trasplante médico ha sido visto socialmente con enormes discontinuidades, las cuales han emergido, producto de un desconocimiento casi total, no sólo de los procedimientos mismos que la ciencia médica aplica en tanto la detección de una enfermedad que pone en riesgo casi inevitable el desarrollo armónico e integral de una vida, así como del temor inherente de las personas al propio oír sobre la necesidad misma de ser un individuo en “caso”, o el conocimiento de alguien más que tendrá que requerir de un procedimiento tan álgido como el que supone el cambio funcional de un órgano por otro; de igual forma, infiere en tal temor y desconocimiento la nula o casi nula interacción médico-paciente-familiar, no sólo en la señalización posterior al diagnóstico de la urgencia de tal procedimiento, sino refiriéndonos al manejo de la información vertida a los pacientes, de parte de los médicos tratantes y del personal administrativo de la institución de salud médica y auxiliares; pues el uso de la terminología médica, es en la mayoría de los casos poco o nada comprendida, el manejo pre y post hospitalario de igual manera se convierte para paciente y familiares en muchos de los casos, en verdadero vía crucis; es por ello, que la labor de capacitación en cuanto a la Bioética de Trasplantes se convierte para el ejercicio médico, en labor impostergable.

De esta manera, la crisis de valores que permea en la realización de los programas de trasplantes se reflejarán, bajo una visión más humana del padecimiento, canales que permitan enfrentar los retos cada vez más drásticos de la profesión médica.

1. Referente teórico

El concepto *Bioética*, ha sido en comparación de otras terminologías de las ciencias humanas de uso reciente, utilizada desde la década de los años setentas y conceptualizada primordialmente hacia las múltiples problemáticas acarreadas por la tecnología en las sociedades humanas, como lo

señaló Potter, al respecto: “...los problemas que el inaudito desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores... es necesario superar la actual ruptura entre la ciencia y la tecnología de una parte y las humanidades de otra. Ésta fisura hunde sus raíces en la asimetría existente entre el enorme desarrollo tecnológico actual que otorga al hombre el poder de manipular la intimidad del ser humano y alterar el medio, y la ausencia de un aumento correlativo en su sentido de responsabilidad por el que habría de obligarse así mismo a orientar este nuevo poder en beneficio del propio hombre y de su entorno natural” (Potter, 1971).

Por tanto, la Bioética según éste autor, tiene como origen intentar establecer un puente o una serie de puentes entre la ciencia experimental y las humanidades, para formular principios que permitan al ser humano afrontar con responsabilidad lo que hoy nos ofrece la tecnología (Potter, 1971), pero, además, que sean útiles para mejorar las condiciones de vida de amplios sectores sociales, que en ocasiones se encuentran carentes de acceso a los medios tecnológicos e impresos en satisfactores de aumento del nivel de vida, como son: la salud, la educación, la comunicación, la sana recreación y otros.

Como ya se ha referido, existe un cruce de caminos entre la ciencia médica y la bioética; avenidas recientemente allanadas, de las que la emergencia por empatar proyectos, es incuestionable; se puede pensar erróneamente que la Bioética ha venido a remplazar la labor llevada a cabo en el campo de la salud por la “ética médica”, sin embargo, tal cosa no debe considerarse una verdad, pues esta última es vista como una matriz donde emergen los elementos fundamentales del quehacer moralista de la labor médica; no obstante, la relación de ambas disciplinas es integral, pues, Reich (1978), lo expresa así, cuando menciona que dicha dualidad lleva a cabo un estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales.

Por otro lado, es pertinente expresar que la Ética Médica ha condicionado gran parte de su labor de manera directa con la Bioética “Bioética Clínica”; y más aún, ha permitido que esta reciente disciplina adicione valor científico a su trabajo; de igual manera, ambas doctrinas se plantean nuevos retos y, por supuesto distintos problemas; lo interesante de esto es que las directrices para resolverlos se mantienen dentro del rigor científico de la medicina y, coherentes con la forma específica del ser humano, lo que le sigue proporcionando un valor ineludible.



Sin embargo, debemos manifestar que el ejercicio bioético debe ser exigente con el actual cambio coyuntural en las relaciones humanas, en el sentido de que promueva una adecuada interrelación entre los actores primarios de todo proceso pre, durante y post quirúrgico de un trasplante de órgano; esto, por cuanto, la propia bioética posibilita un cambio de conciencia, de apertura de diálogos honestos y respetuosos que nos permitan avanzar hacia un auténtico reconocimiento de los valores de la vida humana.

Por otro lado, la llamada crisis de valores, entendida desde el ámbito de su impacto social, establece que las formas de emplear los satisfactores sean físicos o morales negativamente altera el orden preestablecido de sana convivencia, en este sentido, los valores considerados simbólicos representan en sí mismos la esencia del hombre, toda vez que, proyectan sus potencialidades inherentes como hombre; sin embargo, ahora es el género humano quien se enfrenta a una crisis de valores, provocados no sólo por los problemas sociales, sino por un bagaje de discontinuidades éticas que discurren en un examen crítico de las formas actuales de comportamiento humano ante los nuevos retos del milenio, las herramientas tecnológicas para enfrentar las nuevas coyunturas, así como, la erradicación de prácticas ceñidas exclusivamente al “querer tener”, consumista, por encima de las del “valor del ser”; ésta dualidad ha emergido con mayor fuerza en sociedades donde la expresión de apertura a las tecnologías informáticas es pujante y, que suponen paradigmáticamente un cambio de realidad para todos los que en ellas se involucran; lo que, sin duda, implica un enorme riesgo.

La crisis de los valores se focaliza en la medida en que las sociedades humanas se deshumanizan, es decir, donde se da un valor mayor al “tener o lograr”, que al “ente” mismo, en un sentido amplio se generalizó el lema del tener o lograr como garante de la felicidad; en absoluto equívoco y, proveniente de un modelo económico liberal que promueve el individualismo y el consumismo como procesos que permiten una producción ilimitada, con pocas o nulas restricciones.

Por tanto, es evidente que la pérdida de valores humanos ha incidido categóricamente al sector médico, cuya raigambre hipocrática de *“En cualesquier casa que entrare lo haré en beneficio de los enfermos y me abstendré de todo acto voluntario de perjuicio y corrupción, así como de la seducción de hembras o varones, siervos o libres. Aquello que viera o escuchare en relación con mi práctica profesional o sin*

relación con ella no lo divulgaré, pues entiendo que todas estas cosas deben ser mantenidas en secreto” parece actualmente nulificada, por el hecho de que la formación académica debe en todo caso generar riqueza, y por otro lado las grandes mayorías atendidas por un sector salud que en gran medida ha ido ampliando su infraestructura, pero adolece aún de un armado, dirigido a la capacitación para la atención primaria de pacientes y familiares, tendiente hacia la extraformalización de las argumentaciones clínicas, ilegibles para los menos versados, produciendo relaciones interpersonales sumamente superficiales, lo que no evidencia mecanismos de compromiso, mucho menos de responsabilidad, fundamentos básicos de la bioética clínica; de esta manera, se requiere evidentemente desarrollar los valores que en especial logren normar una razón ética que desemboque en un cambio conductual de instituciones y personas, que se refleje en la calidad de la atención.

2. El proceso de trasplante y la bioética

El proceso de trasplante

El proceso de trasplante de órganos considera una serie de pasos estructuralmente diseñados para coordinar las acciones a seguir en la eliminación y reposición de un órgano o tejido útil en la vida de un ser humano; así que tal procedimiento se da de la siguiente manera (Centro Nacional de Trasplantes, 2012):

- **Evaluación Médica:** inicia con el diagnóstico realizado por el médico, tomando en cuenta la sintomatología presentada por el paciente, donde -con evidencia de laboratorio-, se verifica la afectación de un órgano o tejido, procediendo a la determinación del especialista médico, si tal problema puede ser tratado mediante la cirugía de trasplante; los casos más evidentes de afectaciones que se relacionen con dicha cirugía son del orden de: insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, padecimientos que afectan la forma, transparencia y estructura de las córneas, insuficiencia del hígado, insuficiencia del pulmón, entre otras. A partir de esto, el paciente debe ser integrado a un esquema de evaluación protocolario, donde, se define, si la persona reúne las condiciones mínimas necesarias para ser trasplantada, la evaluación protocolaria, es por tanto, una serie de exámenes médicos, así como análisis de laboratorio que posibilitan la determinación de las condiciones señaladas. Cuando se estipula la aceptación para llevar a cabo la cirugía, el Comité de Trasplantes del Hospital o Centro Médico,



recibe la notificación con el objetivo de avalarla y darle las formalidades necesarias; se debe mencionar que se agrega una copia de la notificación en el expediente del paciente.

- Ingreso al Registro Estatal o Nacional de Trasplantes: cuando se ha logrado la aceptación del paciente para la recepción de un órgano, el responsable del hospital debe ingresar los datos del paciente a la base de datos electrónica del Comité Médico del Centro Estatal o Nacional de Trasplantes, el paciente debe recibir una copia impresa del ingreso referido; lo que permite la consolidación de esquemas de transparencia de servicios. Es necesario mencionar que la Bioética pone en evidencia que antes de la realización de cualquier trasplante, es fundamental diferenciar qué enfermedades son propicias para tal efecto y cuales se pueden sanar mediante otro tipo de tratamiento, lo anterior, por el interés del sector salud de planificar la asignación de recursos y el fortalecimiento de los programas específicos en esta materia. Los casos concretos se ciñan al tiempo de espera y por supuesto, a la urgencia con que se trate, lo que significa claramente minimizar el riesgo de una persona a perder la vida, con beneficios lógicos de compatibilidad y de justicia distributiva.

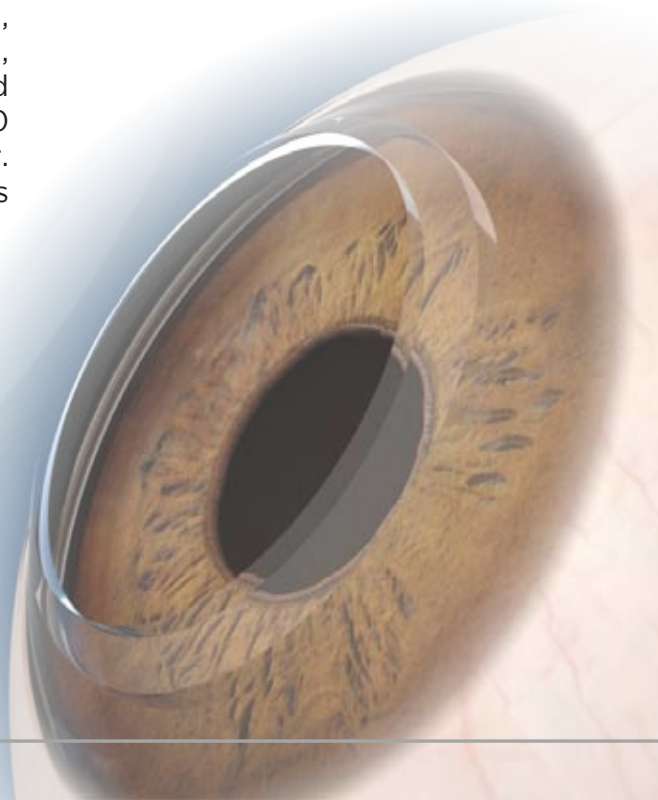
- El origen de los órganos y tejidos que se emplean en un trasplante, son comúnmente de dos iniciaciones: primero, que provengan de un donador vivo, que de manera consciente permita la intervención y que por supuesto, no afecte su calidad de vida, en el sentido del funcionamiento inherente del cuerpo; de ello, se pueden obtener, riñones, segmentos o lóbulos del hígado, del pulmón, sangre y, en muchos casos porciones de médula espinal, que requieren de una valoración profunda del comité médico, así como, de los análisis de laboratorio especializados en el caso. Y la segunda indicación, que provengan de un donador que ha perdido la vida, bajo la posición de que, se valorará profundamente el estado total -funcional- del cuerpo, bajo las condicionantes de su muerte; y que puede proporcionar diversos órganos y tejidos útiles; así, por ejemplo en el caso de la muerte por paro cardiorrespiratorio (PCR), se pueden obtener tejidos como córneas, en determinados casos huesos y válvulas del corazón; si se trata de muerte encefálica -es decir, el paro de las funciones de los hemisferios cerebrales y del tronco encefálico-, se pueden adquirir los siguientes órganos y tejidos: corazón, pulmones, riñones e hígado, además de partes proporcionales o totales de hueso. Se debe hacer mención que la “utilidad” de los órganos donados debe establecerse bajo importantes directrices, en caso de ser un donador vivo, se requiere de la autorización personal

oficializada del donador, de una adecuada relación médico-paciente y conocer hacia dónde se dirigirá el trasplante; en tanto que, en un donador que ha perdido la vida -previa autorización en vida- requiere en el proceso ser avalada por un familiar, así como el conocimiento del nexa médico-recipiendario de destino del órgano u órganos. En ambos casos se reconoce el carácter altruista de la donación.

Bioética y trasplantes

Estos métodos -gestión y cirugía- se han mantenido como procesos difíciles de manejar, sobre todo para aquellos que se encuentran a la espera de la donación de algún órgano o tejido; en ello, la incorporación del trabajo de Bioética es primordial, de tal manera que ésta disciplina lleva a cabo importantes evaluaciones, desde la intervención primaria post diagnóstico, hasta la intervención quirúrgica y los esquemas post operatorios y de restablecimiento del paciente, las características de tales evaluaciones admiten elementos de interrelación, que permita, sobre todo al paciente y su familia entender -en lenguaje coloquial- todas las condicionantes del padecimiento y su solución, lo cual, proporciona la integralidad en el manejo de información tal y como lo supone la ciencia; esto, por supuesto, asegura que el paciente encuentra las condiciones médicas, sociales y psicológicas adecuadas para una inmejorable recuperación y un marcado incremento en su calidad de vida futura.

El proceso de trasplante en México, a través de la historia, ha logrado estándares de salud cada vez más óptimos para la población, cuenta al día de hoy con diversos tipos de trasplantes, entre los que se destacan los de córnea, médula ósea -progenitores de la sangre-, corazón, pulmón, válvulas cardíacas, riñón e hígado; de hecho, el Sector Salud a nivel nacional tiene registrados un poco más de 400 hospitales y centros de salud especializados en esta labor. Se encuentran ubicados en algunas capitales de los estados y en la ciudad de México; los comienzos de la realización de trasplantes datan del año 1963, y después de 49 años se han llevado a cabo alrededor de 40 mil de estos, lo que supone un poco más de 817 cirugías por año, esto, sin duda, ubica a nuestro país como uno de los más importantes en materia de trasplantes médicos en el mundo. El proceso de donación y trasplante de órganos es un acto altruista, con una intensidad de beneficencia, con procesos justos y transparentes, que lo hacen congruente con los principios básicos de la bioética.



3. Sinergia y crisis de valores, la propuesta

Uno de los más importantes problemas en cuanto a la gestión de un proceso de trasplante de órganos o tejidos es, sin duda, la carencia de relaciones óptimas, en tanto, el manejo de la información; es decir, el proporcionar la información correcta, clara, eficiente y, completa del médico al paciente y sus familiares, y de estos últimos hacia el médico o cuerpo médico que se encuentra procesando clínicamente la solicitud; ya que la adecuada integración de elementos pone de manifiesto el respeto al que las partes tienen derecho, y por supuesto, la actual crisis de valores evidente, da una serie de inconsistencias en el manejo tanto de la información, como del proceso de intervención, lo que imposibilita la adecuada consecución del evento del trasplante.

Partiendo de lo anterior, se define la propuesta de interacción: Institución-Médico-Paciente-Familiar, que intenta redefinir las cuestiones situacionales que emergen de la práctica diaria de la gestión de trasplantes, como son:

- A partir de la evidencia diagnóstica mostrada al paciente de la necesidad de recibir un trasplante, sea de órgano o tejido, se debe aperturar un espacio-consultorio de apoyo, en cuanto al fortalecimiento que como persona debe recibir al ser enterado de la necesidad referida, se propone que sea dirigido por personal especialista en bioética clínica.
- El Sistema Nacional de Salud, así como el Centro Nacional de Trasplantes, y los institutos estatales con tales funciones deben -con apoyo de los expertos en bioética clínica y áreas departamentales de ética clínica- crear trípticos informativos y especializados por tipo de trasplante, edades y género, con lenguaje coloquial y de ser posible hasta ameno, en la idea de generar, no sólo información concreta en torno al proceso que invariablemente una persona deberá asumir, sino que ganará confianza al área de salud respectiva.
- Uno de los grandes retos de trasplantes médicos ha sido la obtención sana y aséptica de órganos y tejidos para la realización quirúrgica, por ello, se vuelve imprescindible que a mayor riesgo o urgencia, los tiempos de espera-recepción deben optimizarse, agilizando en caso de donador vivo la compatibilidad orgánica y sanguínea, para el caso de donadores no vivos, de igual manera, debe evitarse, a toda



costa, los excesivos trámites implícitos en el procedimiento; no desconocemos que en nuestro país, el órgano que más se requiere para trasplante, es el riñón, seguido de córnea, mientras que el número de pacientes que requieren trasplantes de hígado, corazón y pulmón, es en todo caso mucho menor; para obtener un riñón o córnea, el tiempo promedio de espera es de entre 24 y 30 meses. En el caso de hígado y corazón los tiempos de espera pueden ser mucho más largos, inclusive de más de cinco años, lo que sin duda imposibilita agregar vida, y calidad de vida, a los pacientes con tales requerimientos.

- Es también cierto que en el proceso para la asignación de un órgano o tejido útil en la realización quirúrgica de un trasplante, el comité interno debe llevar a cabo acciones a partir de lo establecido en la Ley General de Salud, que en su artículo 336 reza lo siguiente *“...para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador. Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales, que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes”* (Centro Nacional de Trasplantes, 2012). A partir de esto, es importante hacer notar que la ambigüedad en la que el artículo referido se encuentra construido, no posibilita la verificación de los términos de “gravedad del receptor” o “urgencia de recepción de trasplante”; lo que distorsiona, sobre todo en el uso del tiempo en los canales tanto de dotación del órgano o tejido esperado, como del proceso quirúrgico; de igual manera el planteamiento de “ubicación hospitalaria del donador” que debería, sin duda encontrarse en clara distancia en relación a la gravedad/urgencia del paciente por recibir prontamente la cirugía; el apartado 336, bajo estas consideraciones, se encuentra sumamente rebasado; es de notable prioridad -en materia de salud- su reforma.

- Finalmente, creemos, debe considerarse de importancia nacional un programa de concientización social pro-trasplantes, con mecanismos creados fundamentalmente con una marcada dosis de sinergia; y donde el público en general, la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Trasplantes, así como sus organismos paralelos en las entidades federativas, y con los canales empleados por

la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, deberá signarse un acuerdo para la realización de una “Brigada Nacional de Concientización sobre la Importancia de la Donación y Trasplante Médico”, que permita no sólo cumplir un objetivo primario: la concientización hacia la donación de órganos, sino además la captura de solicitudes de integración a donadores vivos o familiares de posibles donadores -por una próxima defunción- dentro de los esquemas de trasplantes.

En este sentido, seguramente se logrará contar con un banco de órganos y tejidos suficientemente óptimo para cubrir la demanda nacional; de igual forma, se hará una realidad el decremento en los tiempos de espera para ser trasplantado quirúrgicamente.

Algunas Consideraciones Finales

Al concluir este breve análisis, son varios los elementos que requieren ser finalmente considerados; primero, el saber que vivimos en un mundo tendiente a una economía global, básicamente enfocado en el mercado de consumo y olvidando al principio creador de la riqueza, el hombre mismo; en ese sentido las sociedades modernas se han convertido en meros mecanismos de satisfacción de necesidades -sean básicas u ostentosas- procurando esquemas individualistas y consumistas, lejanos a las prioridades sociales plasmadas en la realidad; es decir, nos encontramos claramente insertos en un mundo en crisis de valores; dicha crisis ha permeado a casi todas las esferas de desarrollo de la sociedad, entre ellas el área de la salud, pero que sin duda, con mecanismos de concientización se lograrán conductas responsables y humanistas.

Por otro lado, es evidente que en torno a los procesos para que una persona pueda ser trasplantada, es fundamental un análisis profundo de la Ley General de Salud y de los ordenamientos que en esta materia señalan, valorar los organismos e instituciones médicas públicas o privadas, el manejo de la información/retroalimentación Institución-médico-paciente-familiares; de igual manera, la inversión pública federal y estatal programática en términos de canales de concientización para la captación de donadores, concientizar a la sociedad sobre la importancia que los trasplantes médicos significan en una vida humana y, finalmente, generar un cambio de paradigma que beneficie a la colectividad.☩





Referencias Bibliográficas

Potter V.R., 1970, Thescience of survival, "*Perspectives in Biology and Medicine*" La ciencia de la supervivencia "*Perspectivas de la Biología y la Medicina*". New York, USA. Versión PDF, a cargo del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Jalisco, México.

Potter V.R., 1971, *Bridge to the Future, Puente hacia el futuro*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA. Versión PDF, a cargo del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Jalisco, México.

Reich W.T., 1978, (coord.) *Enciclopedia de Bioética*, New York, USA.

Secretaría de Salud, Centro Nacional de Trasplantes, 2012, Proceso de Asignación de un Órgano o Tejido para Trasplante, disponible en línea en: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_proceso_asignacion.html. (Revisado el 03 de mayo de 2012).

Secretaría de Salud, Centro Nacional de Trasplantes, 2012, Proceso de Trasplante, disponible en línea en: <http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplanteprocesotrasplante.html>. (Revisado el 02 de mayo de 2012).

Algunos aspectos a considerar sobre la pena de muerte

Octavio Márquez Mendoza

Investigador de la Universidad Autónoma del Estado de México

- **Descripción de la situación:
Problema**

A pesar de que la vida constituye un imperativo categórico que implica su conservación como principio ineludible e inalienable, todavía son muchos los países que continúan aplicando la pena de muerte. Desde que Cesare Beccaria, en el siglo XVIII, pronunciara la improcedencia e inutilidad de la pena de muerte (aunque paradójicamente la admitía por causas políticas), los avances han sido significativos y de gran trascendencia, pues vale la pena recuperar una idea del autor citado “...cuando la justicia inferior ha juzgado sobre la letra de la ley, que puede ser rigurosa, el consejo litiga la sentencia, según el sentido de toda ley que es el de no inmolarse a los hombres, a menos de una necesidad evidente...” (Beccaria, 2000).

En los casos de los países que aún la mantienen, la discusión se ha centrado en “humanizar” las técnicas para dar muerte a los reos,

y si desde ese lugar resulta imprescindible analizar esta problemática debe reconocerse un “avance”, lo cierto es que el eje central de la discusión se concentra sobre la base de la improcedencia filosófica-moral, jurídica, psicoanalítica y la construcción de una argumentación bioética que soporte el acto de atentar contra la vida de un semejante, así como recurrir a fundamentos de corte jurídico - penal, pretendidamente “justos”, a fin de ofrecer un planteamiento con visión integral en torno a un tema complejo y controvertido.

- **La disuasión**

Los estudios realizados en torno a la pena de muerte no han podido encontrar pruebas convincentes que demuestren que la pena capital tiene más poder disuasivo que otros castigos.

El último estudio acerca de la relación entre la pena de muerte y los índices de homicidios, elaborado por la ONU en 1988 y actualizado en 1996, llegaba a la siguiente conclusión: *“Esta investigación no ha podido aportar una demostración científica de que las ejecuciones tengan un mayor poder disuasivo que la reclusión perpetua. Y no es probable que se logre tal demostración. Las pruebas en su conjunto siguen sin proporcionar un apoyo positivo a la hipótesis de la disuasión”* (Hood, R, 1995).

Debido a que alrededor de nuestro objeto de discusión giran muchas opiniones, también es necesario considerar algunos planteamientos que lo apoyan como el caso de T. Sorrel, quien señala: *“Los defensores de la pena de muerte explican que dicho castigo contribuye a disuadir a otros criminales y a la sociedad en general, a cometer delitos graves”* (Sorrel, T,1999).

No obstante, esta argumentación es frágil, pues por una parte los estudios no han logrado demostrar, fuera de toda duda, que existe una correlación positiva entre la aplicación de la pena capital y la incidencia de delitos graves. A este respecto, Roger Hood subraya que la Organización de las Naciones Unidas encargó una investigación para que se evaluara la “correspondencia existente” entre la pena capital y las tasas de homicidios. Entre las conclusiones se puede observar que no se pudo demostrar que las ejecuciones tuvieran un efecto disuasivo mayor a la de la cadena perpetua que, desde luego, preserva la vida.

En suma, parece no existir elementos tangibles que sostengan la hipótesis de la disuasión. Esto lo demuestran los datos aportados por Amnistía Internacional en países como Canadá, Nueva Zelanda, varios estados de Australia y de la Unión Americana, en los que se ha abolido la pena capital. Para el caso de países como China, donde sí se mantiene, se ha demostrado que el índice global de criminalidad aumentó de manera considerable,

pese a la extrema dureza con que se aplica, según cifras correspondientes al período 1983-1985 (Error Capital, 1999).

En otras palabras, de acuerdo con el planteamiento kantiano, la hipótesis de la disuasión del delito por medio de la pena capital ha estado cifrada en un *imperativo hipotético*, el cual sostiene su procedencia para un propósito que sólo ha pretendido su *posibilidad*, pero la realidad muestra no sólo una improcedencia práctica sino que, además, al tratarse de la vida se torna un *imperativo categórico*.

- **Supresión definitiva del castigo**

La pena de muerte es un tema que poco a poco ha cobrado relevancia en el ámbito internacional. Cada vez son más los países que desde 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, suprimen de su cuerpo legislativo la pena capital. Si bien durante el siglo XX, hacia finales de la década



de los 70s, apenas una veintena de países la habían abolido, durante los siguientes veinte años el mundo ya tenía sesenta y siete países que la habían proscrito y veinticuatro estaban considerados como abolicionistas en la práctica, en tanto no habían aplicado dicho castigo durante los últimos diez años (Error Capital,1999).

Tanto los países como los gobiernos locales y una serie de organizaciones no gubernamentales de cobertura internacional continúan ejerciendo presión, desde distintos ámbitos, para hacer posible que las legislaciones de los gobiernos que aún mantienen y aplican la pena de muerte, se sumen a su abolición.

• Países no abolicionistas

Los países que aún aplican la pena capital, mediante una amplia y lamentable variedad de técnicas, han centrado sus discursos, cuando del tema se habla, en torno a los procedimientos más “humanitarios” para aplicar este castigo. Pero, como bien señala Juliana González, esto implica detenerse en la inmutabilidad de las estructuras, por lo que se corre el riesgo de generar neutralidad axiológica, además de provocar el estancamiento. Por ello, como propone esta autora, es menester *“acabar con el sufrimiento infringido por unos hombres a otros hombres y con la pena capital misma: que el paso radical sólo puede consistir en la abolición”* (González, J, 1996).

Las argumentaciones a favor de la supresión de la pena de muerte van, en principio, desde la falibilidad que puede envolver un juicio penal, hasta las argumentaciones bioéticas que sostienen su improcedencia, en tanto lesionan el imperativo ético capital: el respeto por la vida humana y su dignidad; e impiden la búsqueda de alternativas humanas que rediman social o individualmente una infracción, por grave que ésta sea. En este sentido, parece necesario retomar el tema

de la pena de muerte no sólo desde una visión eminentemente jurídica y abolicionista *per se*, sino que es indispensable emprender un trabajo interdisciplinario que, articulado desde la filosofía moral, lo jurídico, el psicoanálisis y la bioética, ofrezca elementos para argumentar por qué, bioéticamente, es improcedente este tipo de castigo que trastoca los límites de la vida humana.

• La posición del respeto a la vida

Uno de los razonamientos para oponerse a la pena de muerte es cuestionar su fuerza y consistencia argumentativa, sus premisas del principio, el respeto por la vida y la dignidad humana.

Si la pena de muerte es indigna, debe abolirse, aunque los políticos la consideren necesaria. Si es indigna no puede ser necesaria, en caso de supuesto conflicto, prima ante todo la utilidad o necesidad. La licitud de la pena capital no es un problema político, quizá sea un iabuso político!. Además de otras circunstancias diferenciadoras, la solemnidad y la lentitud calculada con que se ejecuta la pena de muerte impiden compararla con el estado de necesidad y con la legítima defensa (Barbero, M, 1978).

Aceptar el hecho de que la moral nos obliga a respetar la vida y la dignidad de la persona es propia de la filosofía de los derechos humanos en todas sus manifestaciones. Sin embargo alguien podría rechazar este principio, limitándolo o matizándolo, accediendo a que se quite la vida a determinados individuos en situaciones por demás gravísimas.

Debido a ello, la *filosofía moral* tiene el valor unívoco del respeto a la vida y su dignidad como bien primero, único e irremplazable. La pena de muerte resuelve sin comprender el principio de la vida o de la morada humana, en lo más profundo del ser, el *“ethos”*, su seguridad, su ética.



Se puede buscar en esta oscuridad alguna luz que nos libre de la reacción que provoca la pena de muerte, como último recurso de justicia, sin pensar lo que tiene el hombre en la esencia del *eros* y el *ethos*. Es auto-creación, *auto-póiesis*. En este sentido se dice que el *ethos* es segunda naturaleza, la que sobrepasa la naturaleza dada. Es naturaleza moral, capacidad de elevación y trascendencia que ejerce su voluntad y su libertad, para obtener su felicidad, su vida buena en términos ricoeruanos.

De ahí las razones éticas que fundamentan la necesidad de abolir la pena de muerte, las cuales sin duda aluden al carácter inviolable de la vida y su dignidad, nunca como medio para fin alguno; es obligación de un mundo verdaderamente civilizado en la transformación de las instituciones y en especial de las instituciones correctivas que readaptan-adaptan, a través del psicoanálisis y la reeducación al criminal, quien tendría que permanecer en prisión por diferentes lapsos, según las evaluaciones obtenidas en cada caso en particular.

Esta realidad es opuesta a la de las instituciones filicidas de la cultura, que necesitan del firme apoyo de la comunidad para defender la progeñe total y procurar el advenimiento de una relación generacional que intensifique el *eros*, para contribuir así a

neutralizar el hipertrofiado desarrollo de la pulsión destructiva del odio en la sociedad contemporánea.

Los seres humanos tienen una vida cargada de determinantes inhumanos que los sitúan en la condición de su primera naturaleza, esto es, en su vulnerabilidad enajenada que no les permite identificar al otro en su alteridad, condenada a la sola subjetividad de su narcisista existencia mortífera; sin posibilidad de ascender a su segunda naturaleza por satisfacer el deseo de empoderamiento aniquilando al otro.

La pena de muerte es un fracaso de una verdadera "vida buena", miseria humana, sin mensaje de vida, irreconcilable con lo trascendente del fin humano. Si acaso sólo dolor, angustia, destrucción y derrota del ser y poder alcanzar una vida buena; fracaso de la cultura expresado en la venganza talional de sus más ocultas injusticias, que reproducen lo instintivo y lo primitivo de la naturaleza humana.

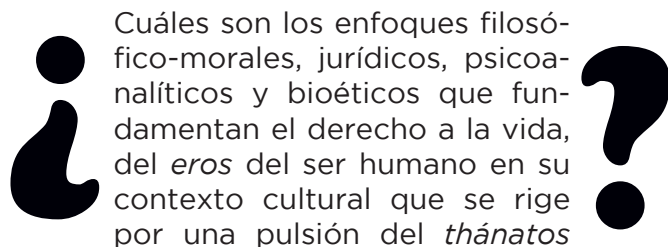
i Podría el problema ser entendido en el origen de los mitos griegos como una acción que reitera y revela el conflicto vida-muerte, en la persecución y la matanza de los hijos, *filicidio* **?**

En diferentes circunstancias el hombre que profana el establecimiento social, al delinquir, realiza una descarga narcisista destructiva, busca consciente o inconscientemente encontrarse con su deseo en su devenir histórico-vital y rompe el atado simbólico en su constitución subjetiva como sujeto, dando lugar al pasaje al acto descrito en la teoría psicoanalítica. Compulsión a la repetición, círculo cerrado, sin ascenso, sin ética individual ni social y sin otro mensaje que la ley del talión: la venganza; proyección del conocimiento del mundo, como satisfacción de la pulsión de muerte, en su dimensión destruc-

tiva, placer de descarga, sólo equilibrio, principio de constancia. Así entonces, la ley del talión no ha mostrado una mutación histórica a esta problemática de la pena de muerte, pues nunca ha conseguido hacer mejores a los hombres.

- **El derecho a la vida y el problema de la pena de muerte**

El derecho a la vida y el problema de la pena de muerte deben ser tratados desde la noción de vida humana y deben enfocarse al problema de la *humanitas* (esencia del hombre); por lo que el problema de investigación se enuncia de esta forma:

 Cuáles son los enfoques filosófico-morales, jurídicos, psicoanalíticos y bioéticos que fundamentan el derecho a la vida, del *eros* del ser humano en su contexto cultural que se rige por una pulsión del *thánatos*

Con estos enfoques se asentarán las bases para elaborar algunas consideraciones acerca de la bioética que posibiliten la crítica a una cultura y a una sociedad conductora a la exacerbación de la pulsión de muerte, *thánatos*, que acepta como castigo la pena capital, trastocando así el valor universal del derecho a la vida y a la dignidad humana.

Tales perspectivas se han construido a partir de un trabajo interdisciplinario, que ha aceptado el reto de un compromiso social con la creación de argumentos que apoyen la comprensión y el sentido de esta problemática.


Para justificar la investigación en este sentido, nos remontamos al punto de vista filosófico-moral, en el que Sócrates fue el primer filósofo en provocar con su pensamiento una revolución intelectual y propiciar cambios importantes en la mentalidad griega de

su época. Su actitud ética y ejemplar causó admiración y respeto no sólo en sus coetáneos, sino también en pensadores de los siglos posteriores.

Es evidente, que existen varias clases de justicia, y que, junto a la virtud total, hay otras. Vamos a investigar cuáles son y de qué clase. Hemos definido lo injusto como lo ilegal y desigual, y lo justo como lo legal y equitativo. Si bien, la injusticia de la que antes hemos hablado es la ilegal, y así como lo desigual y lo ilegal no son lo mismo sino distintos, tal cual lo es la parte del todo (todo lo desigual es ilegal, pero no todo lo ilegal es desigual), tampoco lo injusto y la injusticia son lo mismo, sino que difieren entre sí, el uno como parte y el otro como todo; igualmente esta injusticia es parte de la justicia total- como la justicia particular es una parte de la integral (Aristóteles, 1998).

El pensamiento socrático nos lega el tema de la justicia y es Aristóteles quien revisa no sólo los sentidos que asume este concepto, sino quien diferencia la justicia distributiva de la justicia reparadora. Distinción que prevalece en el ámbito penal, pues cuando se cuestiona la improcedencia o injusticia de la pena capital, los países que aún la mantienen vigente y la aplican, argumentan que se trata de un acto justo pues está prescrito por la ley para los delitos considerados en extremo graves.

Este razonamiento tiene cierta relación con el pensamiento aristotélico, cuando se argumenta lo siguiente:

 *Puesto que injusto es desigual y lo injusto es ilegal, y es evidente que existe un término medio de lo desigual, y éste es lo igual. Porque en toda acción en la que existe lo más y lo menos se da también lo igual. Por consecuencia, es evidente que debe llamarse justo al que obedece a*

las leyes y al que observa con los demás las reglas de la igualdad. Así lo justo será lo que es conforme a la ley y a la igualdad y lo injusto será lo ilegal y lo desigual (Aristóteles, 1998).





Desde el punto de vista jurídico, es contradictorio dar solución a un problema tan grave como el de la violencia y la no consideración a la vida, si en esa pretensión se cae de nuevo en el no respeto a la dignidad humana. Habría, en cambio, que luchar contra un vacío en la expresión humana, identificable en algunas legislaciones en el mundo que quieren que todo aparezca bajo el semblante del criterio utilitarista del bien común. Lo primero es equivalente a la afirmación: “debes respetar la vida del otro”, aunque teniendo en la mano el instrumento claro y preciso que te dice: “si no lo haces, yo (la ley) no respeto la tuya”. ¿Cómo exigir que se cambie el modo de obrar de un individuo cuando la misma ley, garante de la seguridad y de la igualdad de sus ciudadanos, no lo hace?.



Una ley que aprueba la pena de muerte demuestra deficiencias al trabajar y luchar por la libertad de todos sus hombres pues soslaya el reto de ejecutar acciones concretas con quienes necesitan ser tomados en cuenta para ser ayudados y sanen, aun cuando deban permanecer bajo cierto tipo de custodia, como la extrema prisión perpetua, pero no debe aplicarse la pena de muerte. Si una persona comete algún crimen debe ser castigada, pero también debe ser readaptada-adaptada sobre la base del tratamiento psicoanalítico, el trabajo y la capacitación, así como de la obtención de una educación que le permita modificar sus condiciones de vida.



No se debe llegar al límite de usar el citado castigo como último recurso. Se ha comprobado estadísticamente que su existencia no inhibe la realización de delitos graves. Por sí misma, la pena de muerte es un argumento explicable desde la naturaleza de las pulsiones, pero no justificable. Las opiniones de los especialistas en el contexto del derecho natural y positivo tratan de hacerlo, pero es difícil que logren tal objetivo dentro de cualquier sistema político o social que se base en la garantía y el respeto de los derechos humanos, así como de las libertades fundamentales de las personas.



Desde el punto de vista psicoanalítico, conviene revisar algunos aspectos freudianos, como la compulsión a la repetición cuyo destino es la pulsión de muerte, pues se insiste en que la existencia de la pena capital envía una señal a quienes, se supone, podrían cometer en el futuro un delito grave, como el homicidio. Sin embargo, los padrones revelan que la ejecución de la pena de muerte no funciona como señal de alerta.

Siguiendo la idea freudiana de la pulsión de vida, no ya como *libido*, sino como *eros*, que asegura la unidad del psiquismo y que se considera como una verdadera pulsión ética, resulta imprescindible hacer estos cuestionamientos:

 Sería recomendable investigar e interrogar a la bioética acerca de la pulsión destructiva de los hombres inmersa en el paradigma del *thánatos* 

 Sería plausible cuestionar al psicoanálisis sobre el planteamiento del instinto de muerte como una característica indómita de la naturaleza humana 

 Sería importante llevar a cabo un enorme esfuerzo para pensar en nuevas opciones, como renovar la vida, el respeto y, con base en estos valores, crear nuevas señales de interpretación 

 Por qué el acto humano de agredir destructivamente se presenta con tanta frecuencia en todos los niveles de las sociedades, sin reflexionar sobre su forma paradójica 

Estos cuestionamientos contradicen la pena de muerte. Desde el punto de vista bioético, la pena de muerte se considera como un intento de la cultura por negar sus valores bioéticos. Ocurre en un contexto general caracterizado por el predominio del sistema capitalista neoliberal, donde las guerras, las adicciones, el alcoholismo y la explotación del hombre por el hombre, entre otros, son asuntos cotidianos. Se trata, por lástima de una cultura hedonista que sólo busca el placer inmediato a costa de lo que sea, obtener dinero sin importar cómo lograr este fin; confunde la calidad con el nivel de vida basado en la acumulación de riqueza, y causa graves daños ecológicos, entre otras circunstancias que limitan o afectan la búsqueda del acceso a un nivel cultural superior, a través de expresiones científicas, tecnológicas, culturales, artísticas o espirituales; todas ellas comprendidas dentro del humanismo, entendido como la

idea de lo que es la esencia del hombre o la *humanitas*.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, el objetivo general plantea analizar la pena de muerte en México desde el enfoque cualitativo, con base en los fundamentos filosófico-moral, jurídico, psicoanalítico y bioético, dar elementos de reflexión en estos ámbitos que privilegien el respeto de la vida en todas sus manifestaciones, con el fin de rechazar la pena de muerte.

Con los fundamentos filosóficos-morales para rechazar la pena de muerte en su dimensión taliónica, en la que subyace de manera clara no sólo la idea de venganza, sino también la de correspondencia; es decir, el supuesto de que esto genera la disuasión de los crímenes, en tanto castigo ejemplar. No obstante, es fácil advertir que dichas ideas se mantienen ligadas a la pulsión de muerte, *Thánatos*, como último recurso de justicia.

Desde el punto de vista jurídico para evitar que la persona humana sea despojada del derecho esencial que es la vida, al imponerle la pena de muerte, negándole toda posibilidad de cambio y readaptación-adaptación social de los sujetos declarados culpables.

Con elementos del psicoanálisis para contribuir al respeto por la vida y su dignidad, a través de Freud y Lacan, como interpretación de la cultura (Ricoeur) en los temas de la pulsión de vida vs. pulsión de muerte, así como el conocimiento del superyó y la contribución lacaniana sobre la introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología.

Con base en algunos fundamentos bioéticos que reverencian por todo lo que se llama vida, como principio o raíz de la moralidad, en una búsqueda que permite fijar principios descubiertos o escogidos de común acuerdo, como la ética secular y filosófica.

Finalmente, aportar elementos que ofrezcan a la comunidad académica, a los jóvenes y a la población en general, argumentos que favorezcan una nueva posición axiológica en

torno a la pena de muerte para resaltar el derecho a la vida y la dignidad como valores supremos e inalienables del ser humano.☞

Referencias Bibliográficas

Aristóteles, 1998, *Ética Nicomáquea, ética eudemia*, Libro V, Gredos, Madrid, 1130b-5-10; 1131ª-10.

Barbero, M. 1978, *La pena de muerte*, 6 respuestas, Boletín Oficial del Estado, Madrid, pp. 183-184.

Beccaria, C.,2000. *Tratado de los delitos y las penas*, Porrúa, 10ª ed., México, p. 288.

González, J.1996, *El Ethos, destino del hombre*, FCE, México, p. 126.

Hood, R. 1989, *The death penalty: A World-Wide perspective*, Oxford, Claredon Press.

Sorrel, T. *Moral Theory and Capital Punishment*, Oxford, Basil Blackweell en idem.

Thomas Warren Reich, 1995, *Encyclopaedia of Bioethics*, Vol. 1, (edit.), Macmillan Library, pp. 592-596.

1999, *Error capital. La pena de muerte frente a los derechos humanos*, Amnistía Internacional, Madrid, pp. 23 - 24.

De la Ciencia a la Conciencia



El por qué de la Bioética

Enrique Domville Domville

Comisionado de Bioética del Estado de Oaxaca

A lo largo de la evolución del hombre y desde la antigüedad con los filósofos griegos Sócrates, Platón y Aristóteles la preocupación fue la ética y la moral. Etimológicamente ética y moral significan lo mismo y son intercambiables, ética deriva del griego “*éthos*” y moral del latín “*mos, moris*”: Ambas significan carácter, costumbres. Hoy se entiende por moral, al conjunto de normas y creencias por las que las personas o los pueblos consideran qué es correcto o incorrecto, bueno o malo, en la acción humana como dice Adela Cortina: ...la moral forma parte de la vida cotidiana de las sociedades y de los individuos y no la han inventado los filósofos. La moral tiene “apellidos” de la vida social como: “moral cristiana”, “moral islámica” o “moral socialista” (Adela Cortina, 2000).

La ética, sin embargo, es un saber filosófico lo cual puede definirse como el análisis sistemático, crítico y formal de la conducta humana para discernir lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo. También es el estudio sistemático del comportamiento humano en función de una escala de valores.

En palabras de Adela Cortina es “la ciencia de la moral” y tiene “apellidos” filosóficos como “aristotélica”, “estoica” o “kantiana”, sin embargo, se distinguen entre sí” (Adela Cortina, 2000).

En la evolución de la medicina el contexto ético de la práctica médica siempre ha estado presente. Sin embargo en la historia del siglo XX encontramos casos como los estudios efectuados en los campos de concentración nazis, estudios efectuados en Estados Unidos sobre la sífilis en afroamericanos pobres y estudios en Latinoamérica, todos éstos y en especial los estudios nazis dan pie a que en 1948 se emita la Carta de los Juicios de Núremberg, en la cual se mencionan los derechos de los pacientes sometidos a experimentación. Posteriormente, Naciones Unidas hace la declaración sobre los Derechos Humanos en 1949. En Helsinki en 1964, la Asociación Médica Mundial hace la Declaración sobre los Pacientes y sus Derechos. En 1978 se efectúa una conferencia de los países miembros de Naciones Unidas dando lugar a la Declaración de Alma Ata, en la cual



se tratan todos los derechos en relación a la salud (Alma Ata, 1978).

En 1970 el Senado de Estados Unidos ordena formalmente un estudio como respuesta a la queja de pacientes afroamericanos con sífilis sin tratamiento (aún existiéndolo desde 1941) en el hospital de Tuskegee en Macon County Alabama por un protocolo de la Agencia de Salud Pública sobre la evolución natural de la sífilis (400 infectados) desde 1932 y la respuesta condujo al informe denominado Belmont por el sitio donde se emitió (Informe Belmont, 1979).

Las resoluciones básicas fueron las siguientes:

No maleficencia (no hacer daño al paciente).

Justicia (acceso a servicios de salud).

Albedrio (darle la información al paciente y que tome sus decisiones).

Beneficencia (que se le otorga al paciente por el estudio).

Con estos principios básicos actúan el día de hoy los protocolos de investigación en humanos y cada uno de los puntos se ha reformado en beneficio del paciente por ejemplo la confidencialidad y el pago en caso de complicaciones (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005).

El término Bioética fue propuesto en 1971 por Van Rensselaer Potter para referirse a la disciplina que combina el conocimiento biológico y los valores humanos: la ciencia de la supervivencia y puente hacia el futuro. Potter pensaba que la bioética era una nueva cultura, el encuentro necesario entre la vida y los valores; entre las ciencias y las humanidades (Potter, 1971).

El vocablo Bioética, adaptado al ámbito de la salud y la tecnología, es definido como: *“El estudio sistemático de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales”*. Por lo que desde la aparición en el mundo de estos conceptos, los países afiliados a la UNESCO y ONG’s, viendo la problemática actúan en

algún programa para disminuir la polución, conservar los bosques, proteger la fauna y la preocupación que podamos heredar un mundo como lo encontramos o mejorarlo (UNESCO, 1997).

Iniciamos con este artículo una serie en la cual analizaremos aspectos filosóficos en relación al hombre, la ciencia, la tecnología, la educación, el entorno y la búsqueda de ese equilibrio que significa la Bioética.

-Equilibrio y respeto en la relación médico paciente.

-Equilibrio, de acuerdo a la definición: ecuanimidad, mesura, sensatez en los actos y juicios (Real Academia de la Lengua, 2012).

-Respeto, de acuerdo a la definición: miramiento, consideración, deferencia (Real Academia de la Lengua, 2012).

La relación médico paciente se establece cuando un ser humano solicita ayuda o bien alguien la solicita por él, al no tener la capacidad de hacerlo personalmente.

El respeto a la dignidad humana, en Ética es el debate. La afirmación de la dignidad personal es constante en los textos de las grandes constituciones democráticas modernas, desde la Constitución de Virginia del año 1776 hasta las últimas constituciones europeas. Por otro lado, el término dignidad es recurrente en los textos jurídicos y legales de carácter nacional e internacional (ONU, 1948).

En las declaraciones universales de la Organización de las Naciones Unidas, la afirmación de la dignidad personal es un tópico y una constante, un ejemplo evidente de ello es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948.

En los códigos deontológicos, el término dignidad está constantemente referido, aun-

que no está definido, ni delimitado conceptualmente. En los códigos deontológicos de enfermería, la afirmación de la dignidad personal del paciente es fundamental y ello implica una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad, es básica (Torralba, 2009).

También en los derechos de los enfermos, el término dignidad resulta ser el término clave alrededor del cual pivota todo el articulado. El enfermo es, ante todo, persona y en tanto, tiene una dignidad y esa dignidad requiere un trato ético y un tipo de relación cualitativa que se concreta en una serie de modos de proceder. La ética asistencial se fundamenta, en último término, en la dignidad personal. El ser humano no puede ser tratado de cualquier manera, porque tiene una dignidad. El enfermo merece un trato personalizado y justo porque tiene una dignidad intrínseca. Definir y delimitar filosóficamente lo que significa la dignidad humana es una tarea fundamental, pues nos hallamos ante un escenario político, social y científico, donde el límite entre lo personal y lo impersonal, entre lo humano y lo inhumano, lo digno y lo indigno, resulta cada vez más problemático y ello tiene efectos de carácter jurídico muy determinantes (Torralba, 2009).



La dignidad no es, evidentemente, un atributo de carácter físico o natural, sino un atributo que se predica universalmente de toda persona indistintamente de sus caracteres físicos y de sus manifestaciones individuales, en este sentido la dignidad no es algo que se tiene, como un elemento cuantificable, sino que es algo que se predica del ser. La dignidad no se relaciona con la lógica del “tener”, sino con la lógica del “ser”. Filosóficamente hablando, la dignidad no se tiene, sino que uno es o no es digno. El término dignidad indica un atributo universalmente común a todos los hombres, sin cuyo reconocimiento no se puede ejercer la libertad y menos aún la justicia. Se trata de una característica específica que coloca al ser humano en un nivel superior de la existencia según el cual debe ser respetado por todos los existentes (Torralba, 2009).

La relación entre el profesional, el paciente y sus familiares deberá ser basada en los principios mencionados, en la cual la información oportuna y veraz del facultativo, permitirá a nuestro paciente o sus familiares la toma de decisiones, analizando todas las alternativas al problema que aqueja y de manera conjun-

ta el programa terapéutico y la aceptación del mismo, mediante el consentimiento informado (declaración de acuerdo a la propuesta de tratamiento).

Este equilibrio entre la necesidad y el servicio permite plantear un objetivo común en beneficio del paciente, en cualquier estado de la enfermedad que lo aqueje (terminal o con creencias relacionadas a la religión) (Torralba, 2009).

El respeto del paciente al médico, consiste en no llevar a cabo peticiones que estén fuera de la ética y la moral del facultativo, poniéndolo en circunstancia de conflicto. Estas posturas en la relación médico-paciente evitan los conflictos post-tratamiento. La Comisión de Arbitraje Médico reporta que la principal causa de querrela es la mala información, con esto se demuestra que es necesario construir una buena relación médico-paciente basada en una comunicación asertiva, en el respeto, la dignidad, la ética, la deontología profesional y sobre todo la información para la elección de alternativas, curativas o paliativas en beneficio del paciente (CONAMED, 2010).[¶]

Referencias Bibliográficas:

- Cortina, Adela, 2000, *Ética mínima. Technos*, sexta edición, Madrid.
- Declaración de Alma Ata. 1978. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005.
- Declaración sobre las responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras. UNESCO 1997.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Informe Belmont, 1979, Disponible en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo62>
- Potter, Van Rensselaer, 1971, *Bioethics, Bridge to the Future*. New Jersey:Prentice -Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Real Academia de la Lengua, 2012. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=equilibrio>
- Real Academia de la Lengua, 2012. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=respeto>
- Secretaría de Salud. Informe anual de actividades 2010, CONAMED, 1ra. Edición, México D. F., 2010.
- Torralba i Rosselló, Francesc. 2009, *Antropología del Cuidar*. Ed. Vozes.

Dilemas en la atención a niños con traumas térmicos agudos

Pablo Rodríguez Ferreyra

Jefe de la Unidad para Niños Quemados ISEM y Presidente de la Asociación Mexicana de Quemaduras

Ana María Millán Velázquez

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

Antecedentes

En 2002 el Instituto de Salud del Estado de México estableció un convenio con la Fundación Michou y Mau y el Hospital Shriners de Galveston Texas, para que el Dr. Ted Huang especialista en cirugía plástica, así como especialistas en rehabilitación, psicología y enfermería, brindaran apoyo a niños con secuelas de quemaduras, que tenían cicatrices limitantes y/o deformantes en cualquier parte de su cuerpo, que representaban un problema físico y emocional, que repercutiría en su relación familiar y social. El tres de mayo

del mismo año se realizó la primera clínica en el Hospital General Toluca “Dr. Nicolás San Juan”, se atendieron 488 pacientes de varios Estados del centro-sur de la República, tales como: México, Veracruz, Chiapas, Quintana Roo, Oaxaca, Puebla y Michoacán; se seleccionaron 67 pacientes menores de 18 años que fueron enviados a Galveston para tratamiento especializado.

Con ésta clínica se resolvió transitoriamente el problema de los niños con secuelas de

quemaduras, sin embargo los pacientes con quemaduras agudas continuaban siendo un foco rojo, ya que no se contaba con un área específica y especializada en el tratamiento de estos pacientes, por lo que el Instituto de Salud del Estado México en coordinación con la Fundación Michou y Mau y con el consentimiento del Dr. David Herdon, Director de Shriners Burns Hospital for Children de Galveston, proyectaron y determinaron la necesidad de que en el Estado de México se contara con personal capacitado en el manejo de quemados agudos; es así que en 2004 y 2005 se enviaron médicos y enfermeras a Galveston con la finalidad de recibir la capacitación mencionada. Al mismo tiempo se inició la construcción de la Unidad de Terapia Intensiva para Niños con Quemaduras dentro de las instalaciones del Hospital General Toluca “Dr. Nicolás San Juan”, la cual se inauguró el 19 de agosto del 2005. Actualmente la Unidad se encuentra a la vanguardia en el tratamiento del paciente con quemaduras, utilizando las técnicas que han permitido resolver problemas severos y complejos; cuenta con insumos tales como epidermis cultivada, enoinjertos, apósitos avanzados de plano nanocristalina, etc., que son una herramienta indispensable en el tratamiento de estos pacientes.

Comparte con el Hospital la misión de otorgar servicios de salud en el valle de Toluca con excelente calidad, con recursos especializados y de vanguardia, fomentando el humanismo, desarrollo e innovación, para lograr la seguridad del paciente, su satisfacción y confianza y la visión de ser el Hospital General de 2° nivel, líder en la atención de los servicios de salud; que responda con sentido humanista a las necesidades del usuario y del personal, a través de la seguridad, excelencia y mejora continua. El lema que nos corona como institución es: “Nuestro compromiso: Seguridad en Salud”.





Valores Institucionales

Los valores institucionales que velan nuestro quehacer son otorgar servicios con calidad, libertad, integridad y respeto.

Objetivo

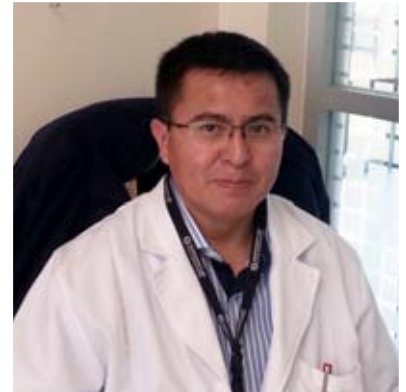
La Unidad para Niños Quemados tiene como objetivo, contribuir con el más efectivo sistema de atención médico-quirúrgico a la pronta recuperación de niños con quemaduras agudas o sus secuelas, otorgando servicios con oportunidad, calidad y calidez a través de la adecuada coordinación y verificación del eficiente funcionamiento del servicio. Es importante señalar la política de calidad que abandera este servicio: “Todos los que laboramos en la Unidad para Niños Quemados estamos comprometidos a proporcionar servicios de calidad a nuestros usuarios; con el desarrollo de procesos que nos guíen a la mejora continua”.

Equipo de trabajo

La Unidad para Niños Quemados cuenta con un equipo de trabajo multidisciplinario, compuesto por médicos pediatras, pediatras intensivistas, cirujanos generales, cirujanos reconstructivos, anesthesiólogos, licenciados en nutrición, psicólogos y rehabilitadores, así como un equipo de enfermeras ampliamente capacitadas en el manejo de pacientes con quemaduras agudas y sus secuelas; por lo que el tratamiento que el paciente recibe es completo desde su ingreso contribuyendo de esta manera a una recuperación pronta, ya que no sólo se trata la piel quemada, sino también el equipo de salud se interesa en la recuperación nutricional y psicológica, además de lograr en lo posible el mínimo de secuelas funcionales y estéticas, para que se reincorpore a su vida social y familiar lo antes posible. Así mismo se imparten talleres a los padres para que sepan cómo tratarlos y presentarlos en la escuela o área de trabajo.

Estadística Nacional y Estatal

En la República Mexicana anualmente se reportan en promedio 110 000 casos nuevos de quemaduras: la tasa de incidencia nacional promedio es de 107 por cada 100 000 habitantes, mientras que la tasa de incidencia del Estado de México es de 57.34 por cada 100 000, esto nos coloca en el penúltimo lugar; sin embargo de acuerdo al último censo de



población en nuestro estado habita el 15% de la población del país, lo que hace que el 7% de los quemados sean del Estado de México. En cuanto a los grupos de edad, el más afectado es de 1 a 4 años de edad; por género es discretamente mayor en el sexo masculino (52%); finalmente por etiología, la escaldadura (cualquier contacto con líquidos) es la más frecuente, con un rango del 55% a 60%; le sigue el fuego con el 30%; y el resto se distribuye en electricidad, contacto y químicos.

Productividad

Hasta el momento la Unidad para Niños Quemados ha brindado atención a 2,515 pacientes, de los cuales el 73.5 % han sido con quemaduras agudas y el resto con secuelas de quemaduras; de los cuales el 59.32% son del sexo masculino. Por grupo etario el 31.94% son pacientes de 1 a 5 años, el 21.14% son de 6 a 10 años y el 15.51% son menores de 1 año.

Los meses del año con mayor incidencia son enero, febrero, mayo y diciembre, y los de menor incidencia son agosto y octubre.

En cuanto a la superficie corporal quemada, el 80% tienen menos del 20%, el 16% del 21% al 40% y solo el 4% con quemaduras mayores al 41% de la superficie corporal.

En cuanto a la etiología el 60% de los casos son por escaldadura, el 30% por fuego, el 5% por electricidad y el resto por contacto y químicos.

En promedio al año se realizan 660 cirugías y 900 balneoterapias.

El Instituto de Salud cuenta con médicos capacitados, que otorgan atención a un gran número de niños y adultos en el Estado de México, incluso a otros Estados, principalmente del Centro-Sur del país; sólo aquellos pacientes con mayor grado de complejidad son enviados a Galveston.

Desde el contexto de la Bioética

Desde el marco de la bioética, el análisis para el manejo de los pacientes con traumas térmicos agudos, representa una responsabilidad que el personal de salud debe asumir para comprender los dilemas y conflictos a los que se enfrenta y así tomar las mejores decisiones en beneficio del paciente. Actualmente la medicina y la salud han adquirido una di-

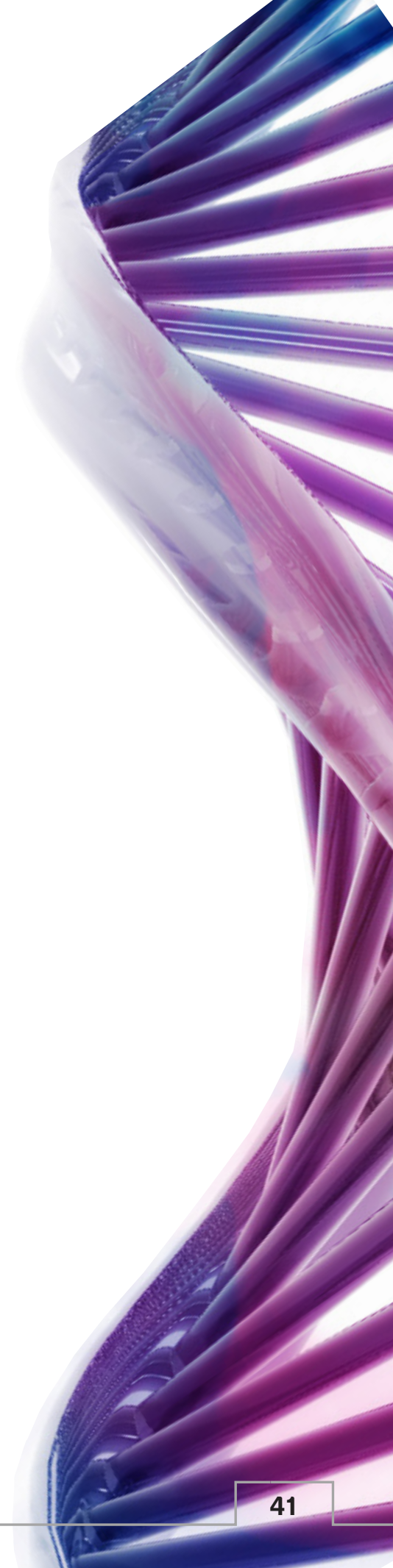


mención ética y social, han dejado de ser exclusivamente de los médicos, porque el concepto de salud implica no sólo el bienestar físico, sino también su calidad de vida y realización integral, por lo tanto la reflexión bioética en medicina, debe superar aspectos técnicos, científicos, jurídicos o deontológicos, para ser plural, como un nuevo paradigma de racionalidad ética, buscando proteger la dignidad de las personas (Da Costa M. 2000). Estos conceptos tienen que ver con las políticas de salud para la atención a pacientes con traumas térmicos agudos, sus derechos, su prevención y el control de su padecimiento, por lo que se necesita un lenguaje común para los servicios y la sociedad actual

La bioética en un sentido operativo pretende lograr una actitud de respeto y empatía en las personas que están en contacto con los pacientes que han sufrido lesiones por traumas térmicos o quemaduras, ya que son testigos de panoramas dolorosos y angustiantes, por el dolor y sufrimiento de estos pacientes, asociados a la lesión, a la pérdida de la función y de estética de algunas partes de su cuerpo.

El sufrimiento que experimentan estos pacientes no es sólo físico o emocional, también existe la angustia de enfrentarse a la sociedad con su nuevo aspecto, por las secuelas que su accidente le ha dejado. Es aquí la importancia de que estos pacientes estén atendidos por grupos multidisciplinarios, que le proporcionen una atención integral, ya que al atender a estos pacientes, se enfrentan a diferentes problemas que están ligados a múltiples contextos, como son: la severidad de las quemaduras, el manejo del dolor y de infecciones; del soporte vital y de reanimación; a las técnicas quirúrgicas y sustitutos biosintéticos de piel; a la calidad de vida, la edad de los pacientes (que en su mayoría son menores) y su reintegración a la sociedad, por lo que su análisis debe ser completo.

La bioética como disciplina propone varios métodos para el análisis de casos clínicos y la toma de decisiones, la más utilizada es la de los principios de Beauchamp y Childress, profesores de la Universidad de Georgetown, quienes publicaron la primera edición de "Principios de ética biomédica", texto en el que desarrollaron y profundizaron los principios generales de la ética, como son: el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, ampliando el campo de acción de estos principios a la actividad biomédica y no sólo a la investigación; en su cuarta publicación estos principios son reconocidos y amplificados para formar parte de un proceso de deliberación que favorezcan resolver dilemas éticos o morales concretos derivados de la atención



clínica (Beauchamp y Childress, 1999). Sin embargo, como lo puntualiza Diego Gracia, en su libro *Procedimientos de decisión en ética clínica*: "...los principios no lo son todo, pero son una buena guía para elaborar una concepción bioética, que permita un diálogo responsable y mantenga coherencia moral en todos los actos del quehacer biomédico..." (Diego Gracia, 2001). Por lo que se recomienda contextualizar para llegar a una mejor decisión bioética.

Diego Gracia establece que el principio que debe guiar la práctica médica es la beneficencia, que consiste en buscar el mayor beneficio para el paciente, y en todas las etapas de su tratamiento es controlar el dolor y procurar la analgesia, misma que en pacientes con quemaduras es un gran reto, por las lesiones y las curaciones a las que son sometidos. El personal de salud tiene la responsabilidad moral de hacer todo lo que esté a su alcance para mitigar el sufrimiento que provoca el dolor y con mayor razón en los niños (Gracia, 2008, Beauchamp y Childress, 1999).

Así mismo, otro acto de beneficencia es devolver en lo posible la función y la estética a los pacientes; se plantea como premisa la responsabilidad que tiene el médico de proteger la dignidad de su paciente, evaluar la intervención médica y sus consecuencias para buscar la más favorable, también considerar su calidad de vida y su relación con la sociedad (Cortina A, 1995).

Nuestra obligación de no hacer daño a los pacientes consiste en analizar rigurosamente el estado clínico del paciente, el manejo del soporte vital y de reanimación para determinar la conducta de urgencia a seguir, analizar los aspectos técnicos, pero no olvidar los aspectos morales y éticos, lo que equivale a valorar si es conveniente o justo para el paciente tal o cual intervención, tomando en cuenta su calidad de vida y su reintegración a la sociedad.

La autonomía es otro principio de gran importancia, que a través del consentimiento informado el paciente o su familiar toma la decisión sobre las propuestas que le hace el médico o el personal de salud. Mismo que en el caso de pacientes menores de edad corresponde a los padres asumir esta competencia. Para tomar la decisión debe ser sin influencia o coerción, además la información debe ser clara y completa. Es importante informar también al menor sobre su diagnóstico y el plan de tratamiento e involucrarlo en las decisiones para que de su asentimiento, esto si es posible tener contacto verbal con él. Asimismo transmitir palabras de apoyo emocional, tanto al paciente como a los familiares.



El principio de justicia, desde el punto de vista bioético plantea el acceso a la atención, a los recursos, a la oportunidad de pertenecer a una lista de espera de acuerdo a la severidad y urgencia del padecimiento; lo que significa brindar los servicios a todos los pacientes de acuerdo a las características de cada uno de ellos; sea esto en la práctica diaria de atención a pacientes con quemaduras para determinar la técnica quirúrgica, la aplicación de los sustitutos biosintéticos, el apoyo vital en la Unidad de Cuidados Intensivos y si es necesario limitar el esfuerzo terapéutico para proponer una medicina paliativa.

Las acciones de atención a la salud llevan implícitas el principio ético de servicio y de respeto al paciente, para salvaguardar su dignidad, sus derechos y respetar su libre albedrío. El resultado y el impacto de estas acciones es derivado, por un lado al binomio clínico, por las características inherentes al personal de salud y al usuario de los servicios; y por otro lado, al desarrollo de la tecnología que se utiliza en el proceso de la atención, así como las condiciones del entorno en las que ésta se utiliza y en las que se da la relación médico-paciente (Couceiro, Azucena 1999).

Para la atención a pacientes con traumas térmicos agudos, el personal de salud debe conocer el propósito de la medicina que de acuerdo al Hastings Center consiste en: *"... prevenir la enfermedad, promover la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, atender y cuidar de los enfermos que no tienen cura, prevenir la muerte prematura e innecesaria y ayudar al bien morir"*. En este contexto de la toma de decisiones sobre los puntos mencionados anteriormente, cada vez son más complejos por las posibilidades terapéuticas a las que se enfrentan los médicos generándole dilemas éticos.

El reconocimiento de la autonomía es relevante en el campo de la medicina actual ya que el paciente es una persona con igual valor moral que el personal de salud para tomar decisiones sobre su cuerpo a pesar de estar enfermo, y más aún tratándose de pacientes en estado de vulnerabilidad como es el caso de los menores de edad, que aumenta la complejidad de las decisiones a tomar.

Es así que resulta cada vez más frecuente encontrar puntos de vista diferentes entre pacientes (y/o sus familiares) y el personal de salud; esto hace necesaria la intervención de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), que funcionan como espacios de análisis, de reflexión y de estudio que han sido establecidos para asesorar al personal de salud y a los pacientes y/o familiares que lo requieren.†





Referencias Bibliográficas:

Beauchamp T, Childress J F. 1999, *Principios de ética biomédica*. Masson, S.A. Barcelona.

Cortina, Adela. 1995, *Ética sin moral*. Editorial Tecnos, Madrid, España.

Couceiro, Azucena. 1999, *Los Comités de ética asistencial. Origen, composición y método de trabajo*. Bioética para clínicos, Ed. Triacastela, Madrid, España.

Da Costa M., 2000, *Bioética la calidad de vida del siglo XXI*, Editorial el Bosques, San José de Bogota, Colombia.

Gracia Diego, 2008, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Editorial Triacastela, 3ª edición, Madrid.

Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México, 2010. Segunda Edición.

Manzur A, Ricardo, 2003, *Reseña Histórica, Manejo integral de las quemaduras*, Primera edición, Barranquilla, Colombia.

Perspectivas médicas y reporte de casos





Miastenia Gravis y embarazo, un reto ético para la salud

Alberto Domínguez Cadena
Antonio Jaymes Núñez
Guadalupe López Beltrán
Ana María Millán Velázquez
Rosa María Varela Ramírez
Yisvanth Pérez Ponce
Yolanda Colín Escamilla
Luz del Carmen Hernández Trigos
Manuel A. Chable García
Brenda Rodríguez Aguilar
Daniel Aguilar Luna

Integrantes del Comité de Bioética del Centro Médico ISSEMYM

La reflexión bioética pretende demostrar una perspectiva sobre la amplia gama de situaciones de la práctica médica cotidiana que ocasionan dilemas éticos o morales, dados por las características propias de la enfermedad y por los cambios existentes en la práctica de la medicina moderna (relación médico-paciente y avance tecno-científico), que requieren respuestas nuevas y razonadas, mismas que deberán ser examinadas desde una propuesta casuística terapéutica o diagnóstica, junto a los valores involucrados en el caso, para poder elegir las líneas de conducta que beneficie física y emocionalmente al paciente y sus familiares, con una metodología como la que propone la bioética, que evita dar soluciones sólo de procedimientos o básicamente administrativa y legalista, sino, como argumentación ética de juicio prudencial a la elección del bien mayor en el caso en particular (Sgrecia, 1988).

En trastornos críticos, resulta alarmante tomar decisiones, principalmente para el médico intensivista o el internista y en particular al neurólogo en enfermedades como es el caso de la Miastenia Gravis, el cual puede considerarse su tratamiento como un reto ético para el personal de salud, debido a la diversidad de síntomas y manifestaciones clínicas, y más aún asociado a un embarazo.

La Miastenia Gravis es una enfermedad neurológica autoinmune que afecta la unión neuromuscular postsináptica. Su causa es aún desconocida, es más común en mujeres jóvenes y en hombres de avanzada edad. Se manifiesta con debilidad muscular que lo lleva a problemas para respirar, deglutir, masticar, hablar, caminar, para sostener cosas y debilidad de los músculos faciales, pudiendo presentar parálisis facial. En los exámenes de laboratorio están presentes anticuerpos de los receptores de la acetilcolina. No existe una cura para esta enfermedad, sólo se le indica a estos pacientes periodos de descanso, evitar estrés y se le administran medicamentos que mejoren la conducción nerviosa y muscular, así como de tratamientos antiinmunes. Se recomienda a estos pacientes y sus familiares se integren a algún grupo de apoyo para sobrellevar la enfermedad (Longo, 2012).

La etiología de la respuesta inmune es desconocida, pero las anomalías en el timo ciertamente juegan un papel importante en la génesis de esta enfermedad. Los anticuerpos con la activación del sistema del complemento, dan como resultado un daño a la membrana y los canales de sodio de los músculos (Merkel, 2007). A pesar de las técnicas avanzadas de diagnóstico y tratamiento en la Miastenia Gravis es un desafío para el especialista, justificado por diversas manifestaciones de la enfermedad y la posibilidad de complicaciones respiratorias graves.

• Caso Clínico

Paciente femenina de 41 años de edad, casada, que presenta Miastenia Gravis de catorce años de evolución, un embarazo a término hace doce años, con embarazo actual de siete semanas de gestación.

• Presentación de los hechos

Los especialistas en neurología comentan a los participantes del comité de bioética de su hospital los antecedentes patológicos de la paciente que cursa con una Miastemia Gravis desde hace catorce años. Cuenta con antecedentes de embarazo a término, hace doce años. Deterioro de forma grave a su salud, ameritando ingreso a la unidad de terapia intensiva en varias ocasiones, de la fecha mencionada a la actualidad. La paciente tuvo seguimiento a través de consulta externa del servicio de neurología con piridostigmina, manteniendo un buen control de su enfermedad de base. Adicionalmente se mantuvo con control de fertilidad a través del uso de dispositivo intrauterino. Sin embargo, recientemente es retirado

por vencimiento de la vida útil del mismo, a demás del cuadro de cérvico-vaginitis. Se desconoce si en la clínica de especialidad obstétrica recibió consejería de algún método de planificación familiar alternativo.

La paciente ingresa al servicio de medicina interna desde consulta externa de neurología el día 3 de junio de 2012 por presentar recaída manifestada por disfagia, marcada debilidad generalizada y temblor en extremidades, además de retraso menstrual de nueve semanas. Se corrobora por medio de ultrasonido obstétrico la presencia de embarazo, actualmente con 7.5 semanas de gestación. Previa valoración por el servicio de neurología y ginecobstetricia se inicia tratamiento con gammaglobulina humana a dosis de un gramo por kilogramo de peso, además de piridostigmina de 60 mg. cada 12 horas. Con esta terapéutica la paciente presenta una evolución favorable con remisión importante de la sintomatología sin compromiso ventilatorio ni de deglución; sin embargo, la evolución del embarazo representa un riesgo para la salud de la paciente.

A pesar de que la bibliografía reciente afirma que el embarazo es posible para una mujer que cursa con Miastenia Gravis, siempre y cuando esté supervisado muy de cerca, puede presentarse en la madre como en el bebé, cuadros de debilidad importante durante el embarazo o después del nacimiento. Asimismo algunos autores afirman que la muerte perinatal es alrededor de cinco veces más alta que en los embarazos normales y la tasa de muerte por anomalías fetales es de 18 por mil, mientras que en los embarazos normales es de 2 por mil, todo esto asociado a los medicamentos empleados en las pacientes con esta enfermedad (Intramed, Journal).

Cabe mencionar que los medicamentos empleados en esta paciente están clasificados dentro de la categoría "C" para uso durante la gestación ya que se encuentra dentro del periodo de organogénesis. Aunado a ésto, de llevarse la gestación a término el producto nacería con cuadro Miasteniforme y/o alto riesgo de óbito.

La paciente en pleno uso de sus facultades mentales y de forma libre y voluntaria solicita a los médicos tratantes la intervención del Comité de Bioética de la Unidad Hospitalaria, para el análisis de su caso y la valoración de la interrupción legal del embarazo por medidas terapéuticas.

Se identificaron factores de riesgo para desarrollar una crisis miasténica como la edad, enfermedad neurológica de base (Miastenia Gravis), embarazo y el uso de fármacos concomitantes clase C; presentando un Osserman IIB en el momento de su hospitalización. De acuerdo a la literatura para el producto u homogénito el uso de anticolinesterásicos, aumenta el riesgo para bajo peso, miastenia y muerte perinatal. Para la madre incrementa el riesgo de infecciones, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, limitando el uso de fármacos para tratar estos padecimientos.

La paciente presenta tendencia al deterioro y agravamiento de su enfermedad. Por tales motivos se sugiere, desde el punto de vista neurológico,

se considere la posibilidad de interrumpir la gestación y se envía al hospital que cuenta con los recursos para realizar la valoración de la interrupción del embarazo por indicación médica.

• Aspectos Jurídicos

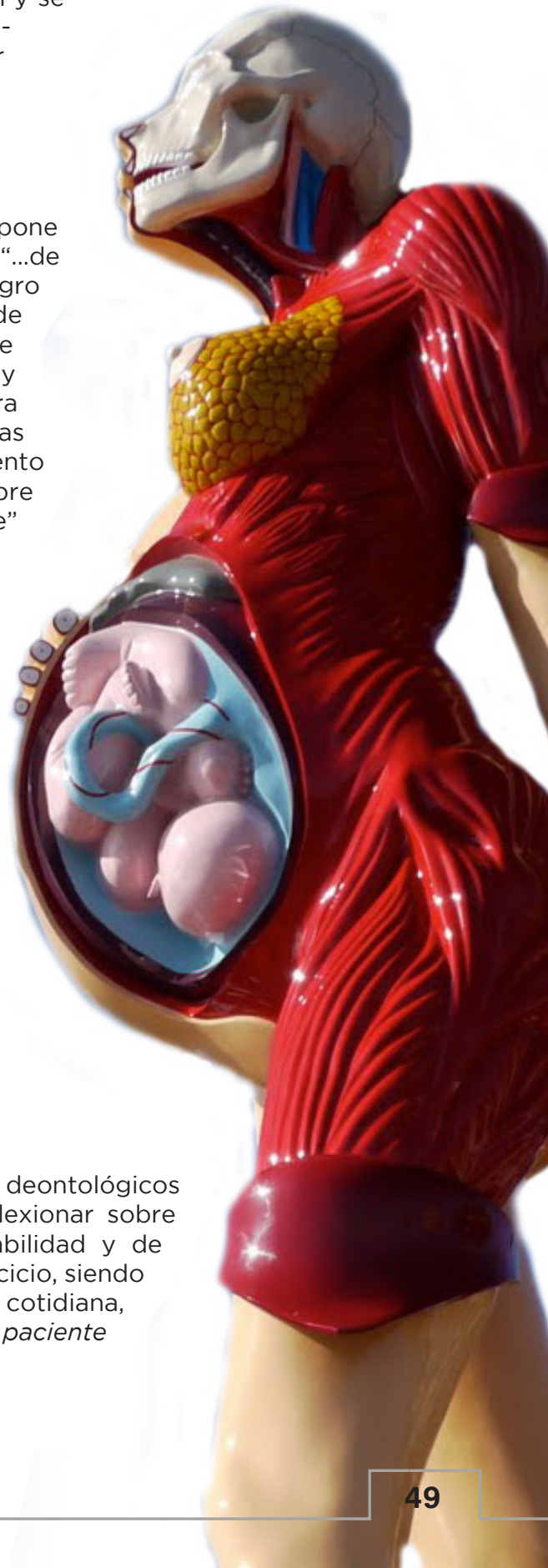
El artículo 251 del Código Penal del Estado de México, dispone que no es punible la muerte dada al producto cuando: "...de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo de éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora" (fracción III); y "...a juicio de dos médicos exista prueba suficiente para diagnosticar que el producto sufra 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" (fracción IV).

• Aspecto Socio - familiar

El área de trabajo social reporta que la paciente pertenece a una familia de nivel adecuado de funcionamiento, sin embargo la pareja de 62 años refiere preocupación por miedo a perder la homeostasis familiar si hubiera perdida de la madre, implicando una crisis familiar respecto al área de crianza de su hija de 12 años (Ackerman, 1997). En este orden de ideas debemos tomar en cuenta que el padre es considerado adulto mayor, lo que implica un riesgo mayor en los factores del funcionamiento familiar en cuanto a roles, límites y apoyo en la familia (Satir, 1996).

• Consideraciones éticas

La profesión que enfrenta más retos morales, éticos y deontológicos es la medicina, por lo que estamos obligados a reflexionar sobre la atención, ya que exige una actitud de responsabilidad y de cumplimiento de las normas y leyes que rigen este ejercicio, siendo cuestiones que constituyen problemas en la práctica cotidiana, es decir: *"Tomar una decisión correcta y buena para el paciente que está aquí y ahora"*.



En el análisis ético del caso, figuran los principios de autonomía que reconoce al paciente su derecho a recibir un tratamiento de acuerdo a su escala de valores, ya que la paciente solicitó la intervención del comité de bioética para que se valorara la interrupción de su embarazo, por lo que otro principio involucrado es la beneficencia que consiste en otorgar la atención que beneficie a la paciente pero sin olvidar los derechos del no nacido, por lo que debe justificarse técnica y científicamente la interrupción del embarazo y el riesgo respecto a la vida de la madre, y evitar en lo posible la maleficencia en este binomio. Por otro lado buscar salvaguardar la dignidad e integridad tanto de la paciente como de su familia, considerando los derechos humanos, favoreciendo el valor de la vida y la salud como lo establece la bioética.

• Consideraciones administrativas

Siendo inevitable desde el punto de vista médico la interrupción del embarazo, ya que está en riesgo la vida de la madre y existe inviabilidad del homógénito, se refiere a la paciente a la unidad hospitalaria que cuenta con el servicio de ginecoobstetricia, para su adecuado seguimiento.

• Conclusiones y sugerencias

Clínicamente el embarazo en una mujer que cursa Miastenia Gravis es impredecible, por lo tanto el análisis que se realice y la toma de decisiones, debe individualizarse para cada caso en particular. Se sugiere que en este tipo de pacientes se implemente un método de control de la fertilidad y en ningún momento dejar descubiertas a las pacientes. Así mismo la comunicación del personal de salud en la referencia y contra referencia de estos pacientes debe ser estrecha y eficiente para minimizar en lo posible los riesgos y ser resolutivos. Este tipo de casos debe ser analizado en los comités de bioética para apoyar en la toma de decisiones al personal de salud y al paciente.☞

Referencias Bibliográficas

Ackerman N. 1997, *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Ed. Hormé , España.

Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry, Harrison, 2012, *Principios de Medicina Interna, 18a edición*. Editorial Mc Graw-Hill.

IntraMed JOURNAL, www.intramed.net/contenidover.asp, consultado el 29 de abril de 2013.

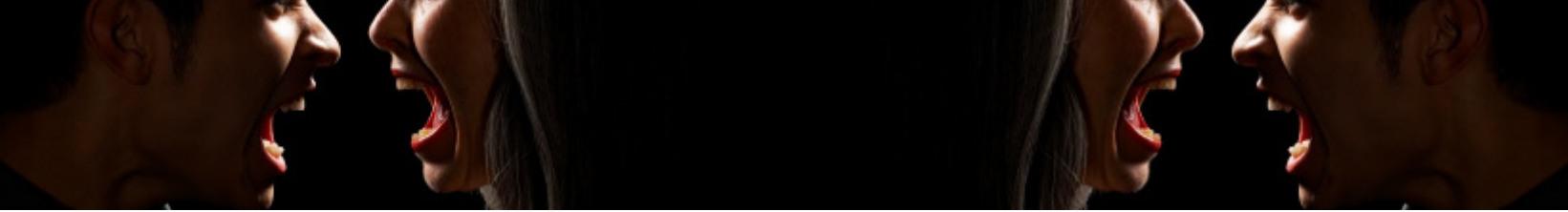
Manual de Merck, 2007, medicina interna, Edit. Mosby, Edición 11ª.

Sgrecia E. 1988, *Bioética Clínica. Medicina y Moral*.

Satir V. 1996, *Psicoterapia familiar conjunta*. La prensa médica mexicana.

Fuente informativa en Bioética





Por el camino a la **igualdad** y la **erradicación** de la **violencia de género**

Georgina Acosta Ríos

Subdirectora de Capacitación y Formación en Derechos Humanos
de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

La Bioética, tiene que ver con la igualdad y la erradicación de la violencia de género, porque busca proteger la dignidad de las personas y contribuir en la creación de una cultura de igualdad de género y derecho de las mujeres y hombres a una vida libre y segura. La democracia moderna en nuestro país requiere que todos los grupos sociales tengan representación en los diferentes procesos, para que sus intereses y necesidades se vean reflejados y protegidos por el Estado.

La búsqueda de igualdad en el ejercicio de los derechos y de la legalidad capaz de garantizarlos, dio origen a los regímenes democráticos, de manera especial los derechos humanos y la bioética, que son el fundamento ético y a la vez el horizonte normativo, cuyo esquema primordial es la garantía de realización de los mismos. Así que los principios de universalidad e inalienabilidad que poseen los derechos humanos implican que todas las personas, en cualquier lugar del mundo, son titulares de estos derechos fundamentales, mismos que no pueden ser suspendidos ni enajenados; es decir que ninguna persona puede renunciar a ellos voluntariamente, como tampoco puede ser privada de ellos por terceros

dado que son inherentes a la dignidad humana (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 2005).

Esta lucha por alcanzar la equidad de género, representó dificultades tan profundas que para lograrlo existieron mujeres mártires que dieron su vida y hago referencia a tres valientes mujeres, las hermanas Mirabal, que lucharon por la libertad política de su país, en contra de la tiranía trujillista de República Dominicana en 1957 (El asesinato, 2012). En 1975 la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) instauró el año internacional de la mujer y conmemora el día ocho de marzo como el día internacional de la mujer. En nuestro país fue en 1974 cuando nació el “Movimiento de Liberación de la Mujer”, que se convertiría en una verdadera bomba social y mental, empezando por una lucha por el derecho al voto, la posibilidad de estudiar, buscar trabajo fuera de casa, participar en la política, en la dirección de empresas y hasta de tener libertad sexual y fue multiplicándose por lo largo y ancho del país durante los ochentas (Bantra, E. 2012).



Nuestro sistema garantiza los derechos humanos y busca la igualdad de género, así mismo trata de evitar en lo posible la violencia en las mujeres y de sus hijos (NOM-046 SSA2-2005). La mayoría de los estereotipos de género son poco equitativos, injustos e injustificados; en algunas culturas las relaciones desiguales entre géneros se sustentaron en la manera como las sociedades entendían las diferencias sexuales: las mujeres, capaces de engendrar vida, se fueron quedando en casa para criar a la descendencia, mientras que los hombres, poseedores del órgano viril que fecunda y símbolo de poder, asumían las tareas de cuidado del grupo y provisión de alimento y cobijo. Esta división básica del trabajo fue confinando a las mujeres a posiciones sociales inferiores; es decir, que la violencia en este sentido se conceptualiza como una forma de relación legitimada social y culturalmente (NOM-046 SSA2-2005).

El concepto de Género, se define como “Un conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se elaboran los conceptos de “masculinidad y “feminidad” que determinan el comportamiento, las funciones, las oportunidades, la valoración y las relaciones entre mujeres y hombres” (INMUJERES, 2007). Este término fue utilizado por primera vez en el campo de la antropología. Sin embargo, fue el feminismo académico anglosajón el que lo impulsó en los años setentas para destacar que las desigualdades existentes entre mujeres y hombres son socialmente construidas y no biológicas. Los conceptos básicos que hacen referencia a la violencia contra las mujeres se

refiere principalmente a la discriminación, la desigualdad, la violencia física, sexual y psicológica, asimismo son víctimas de amenazas, coacción y en ocasiones privación de su libertad. Joan Scott, en la definición que propone agrega que el género en una forma primaria de relaciones es significativa de “poder”...” (Scott; 1990).

A partir de los ochentas, el concepto de Género comenzó a ser incorporado por diversas disciplinas de las ciencias sociales ya que demostraba ser una categoría útil para explicar cómo la diferencia biológica se convierte en desigualdad económica, social y política entre mujeres y hombres (Rubin, 1975). En este sentido, Marcela Lagarde en su libro “Género y Feminismo”, afirma que la perspectiva de género implica una visión ética sobre el desarrollo y la democracia como contenidos de vida para enfrentar la inequidad, la desigualdad y la injusticia, así mismo afirma que en una sociedad cualquiera, todas las personas viven inmersas en relaciones de “poder” marcadas por su género (Lagarde, M 1996).

Los avances logrados en cuanto al marco legal y las diversas acciones en este sentido se llevaron desde diferentes frentes: el Estado, los gobiernos locales, el movimiento de mujeres y feministas y las organizaciones de la sociedad civil a nivel internacional. La Asamblea Mundial de la Salud reconoció que la violencia es un grave problema de salud pública (Resolución WHA49.25) por los daños asociados a la salud, al sufrimiento que les produce a los afectados y a la carga de trabajo que les genera a los servicios de salud.

La Organización de las Naciones Unidas, ONU, establece la eliminación de la violencia contra la mujer, en 1995 (OMS, 1995), marca criterios hacia la igualdad en el bienestar físico, psicológico y emocional, presentes en los diferentes grupos sociales. Asimismo en el marco de la IV Conferencia en Beijing en 1995, se consolidó el “Enfoque de las Mujeres en el Desarrollo” cuyas críticas darían lugar posteriormente al “Enfoque de Género en el Desarrollo”, ambos enfoques contribuyeron enormemente a la paulatina transformación de la forma de planificación del desarrollo para la equidad (Beijing, 1995).

Las inequidades pueden ser por diferencia de sexo, grupo social, nivel socio-económico, etnicidad, edad, región geográfica, orientación sexual, religión, etcétera, estas son innecesarias, evitables e injustas. La equidad es distinta al concepto de la igualdad, ya que no significa una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo. En este sentido cualquier ser humano puede ser víctima de algún tipo de violencia cuando se reconozca una debilidad especial relacionada a su condición femenina o masculina, lo cual resulta en violencia de género (Pinto, 2008).

No cabe duda de que la prioridad de las acciones contra la violencia va dirigida hacia la protección de las principales víctimas de este tipo de violencia: las mujeres. Hay que tener muy presente que estas acciones pueden estar generando indirectamente un efecto secundario no deseado y contrario a la finalidad, por lo que se hace necesaria la implementación de un plan del gobierno

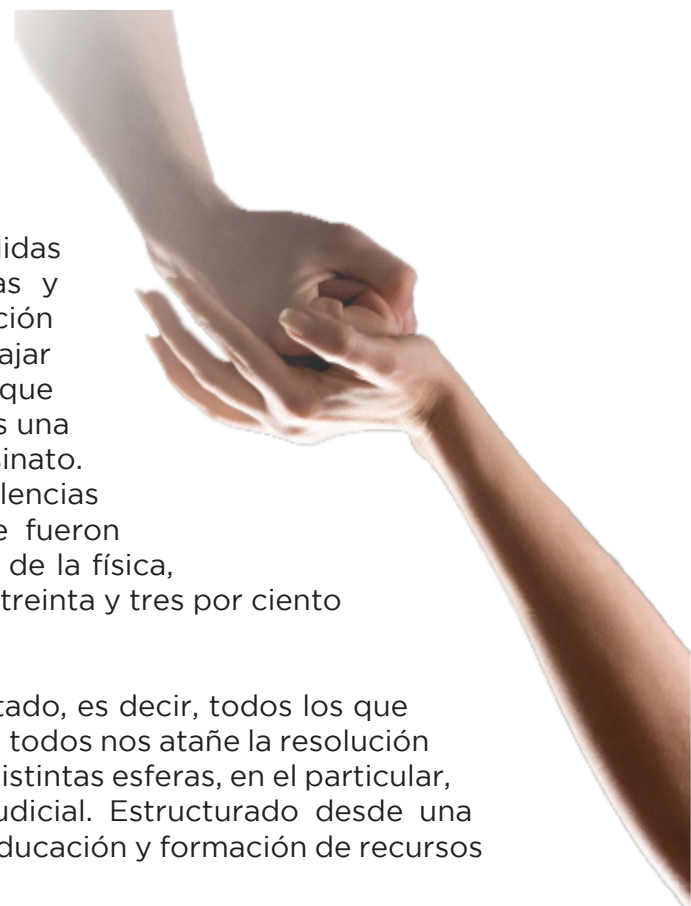
contra la violencia de género, con medidas preventivas y de sensibilización; legislativas y procedimentales; asistenciales y de intervención social y; de investigación, que coadyuven a bajar los índices de violencia de género, mismos que siguen aún siendo alarmantes: cada trece días una mujer muere o es víctima de intento de asesinato. En la encuesta realizada en el 2006 las prevalencias más altas que se mostraron principalmente fueron en el rubro de violencia psicológica, seguida de la física, resultando ser la pareja quien la ejercía en un treinta y tres por ciento (NOM-046 SSA2-2005).

Se trata, en definitiva, de un problema de Estado, es decir, todos los que conformamos la sociedad. En consecuencia, a todos nos atañe la resolución de este grave problema abordarlo desde las distintas esferas, en el particular, en el social y el asistencial, y no sólo el judicial. Estructurado desde una perspectiva multidisciplinaria, a través de la educación y formación de recursos sociales y sanitarios.

Uno de los problemas sobre los que más ha girado la atención de la sociedad en su conjunto recientemente es el de los malos tratos recibidos por las mujeres por parte de quienes comparten o han compartido su vida con ellas. La sociedad ha ido tomando conciencia no sólo de la gravedad de la violencia contra la mujer, sino también de la verdadera dimensión que este problema comporta. Hoy, esta forma de violencia ha superado la dimensión privada para considerarse como un atentado hacia la propia sociedad, como un ataque a la esencia de la democracia (NOM-046 SSA2-2005).

Efectivamente, es en los últimos tiempos cuando surge decididamente el interés por el estudio en profundidad de este fenómeno, desde diversos ámbitos y adoptando diversas perspectivas, y buscando las medidas necesarias para erradicarlo o cuando menos restringirlo al máximo posible, sin embargo, si analizamos los avances sociales, existe en algunas regiones de nuestro país demoras pendientes en la igualdad de la mujer en el acceso al empleo, salario, tareas domésticas, papel social, que tiene que ver con los roles de género. En concordancia con lo anterior en el 2007 el Diario Oficial de la Federación publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de aplicación a nivel nacional y que señala la responsabilidad del Estado en el cuidado y prevención de este fenómeno (NOM-046 SSA2-2005).

Actualmente, el feminismo latinoamericano y la lucha por la igualdad se han ido enriqueciendo con la incorporación de las demandas y experiencias de la diversidad de las mujeres, y con los avances desarrollados a nivel académico. La reciente incorporación de los hombres a la búsqueda de la igualdad, a través de los estudios de masculinidades también representa un avance importante para la transformación y el cuestionamiento de los modelos culturales existentes, siendo una perspectiva de género incluyente, en el que es derecho de todas y



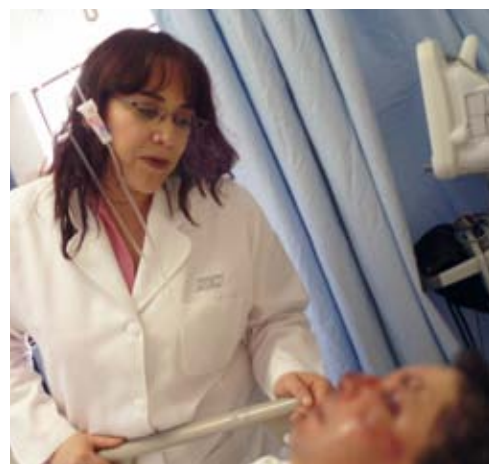
todos fortalecer las relaciones equitativas entre hombres y mujeres y la construcción de espacios de respeto, tolerancia, paz y libres de violencia de género.

Cabe mencionar que algunas encuestas han demostrado que entre los motivos más frecuentes por los que las mujeres no denuncian, es principalmente por la esperanza a que la situación cambie, el miedo a represalias para ella o sus hijos, la vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa, la tolerancia a los comportamientos violentos, la dependencia de la mujer respecto a su pareja, ya sea psicológica o económica. Así mismo la situación psicológica de la mujer, misma que tiene sentimientos de inseguridad, desconocimiento de a quién dirigirse o a qué servicios acudir y la falta de apoyo por la misma familia.

La igualdad de género supone el pleno y universal derecho de hombres y mujeres de disfrutar de sus capacidades y potencialidades, con las mismas oportunidades, lo que permitirá a ambos ejercer libremente y sin violencia sus derechos fundamentales.

Desde el punto de vista de la salud la perspectiva de género significa asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de buena salud. Capacitar a los trabajadores de la salud para integrar la perspectiva de género y reconocer apropiadamente las necesidades de salud diferenciadas de las mujeres y los hombres, para mejorar el estado de salud general de la población, asimismo desde el panorama de la bioética buscar brindar a las mujeres y a los hombres las mismas oportunidades, condiciones, y formas de trato, sin dejar a un lado las particularidades de cada uno de ellos que permitan y garanticen el acceso a los derechos que tienen como personas, la equidad se integra al campo de la salud y queda enmarcada dentro de un concepto amplio de justicia.

Tomar conciencia de que ningún aspecto que lo integra lo define por completo, como podemos apreciar, el tema de la equidad en salud debe convertirse en una preocupación para la bioética, en cuanto que los aspectos sociales también son factores que condicionan la buena salud de la población. Aún más, una buena salud también ha de incluir el medio ambiente en el que se desarrolla la vida del hombre.



En el Estado de México las dependencias públicas que pueden orientarte y defenderte son:

- Secretaría de Desarrollo Social (Gobiernos federal y estatales)
- Secretaría de Educación (Gobiernos federal y estatales)
- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)
- Secretaría del Trabajo (Gobiernos federal y estatales)
- Procuraduría General de Justicia del Estado
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)
- Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (municipales y estatales), (www.edomex.gob.mx/legistel).†

Referencias Bibliográficas:

Bantra, E. "La ventana", No. 10, consultado en la página de Internet www.inmujeres.gob.mx. El día 27 de abril de 2012.

Declaración Universal de los derechos Humanos, 2005.

El asesinato de las hermanas Mirabal, consultado en la página de Internet www.inmujeres.gob.mx. El día 27 de abril de 2012. <http://www.abc.es/20091125/nacional-sucesos/mirabal-hermeroteca-200911251353.html>

INMUJERES, 2007, ABC de género en la Administración Pública Federal.

Lagarde, M. 1996, *Género y feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Editorial horas y horas, Madrid.

NOM-046 SSA2-2005, Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, ¡CONOCE!

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Eliminación de la violencia contra la mujer. Ginebra: 1995. En línea, fecha de consulta: marzo de 2012.

Pinto D. 2008, *Violencia de género y violencia sexual. Una breve conceptualización*. Memorias: Movimientos sociales, reconocimientos y diversidades. Ponencia. Bogotá.

Resolución WHA49.25, Asamblea Mundial de la Salud, 1996.

Scott, Joan. 1990. *El género: una categoría útil para el análisis histórico*.

Aspectos bioéticos en la atención a pacientes geriátricos

César Nomar Gómez Monge

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

La Atención a la Salud de los Adultos Mayores en el Estado de México, es un reflejo de las intervenciones a nivel federal, y de la innovación en la mejora de la atención médica.

El Estado de México, está comprometido con desarrollar iniciativas particulares que nos identifican como una entidad enfocada en la promoción y prevención de enfermedades de la vejez, como es el caso específico del diagnóstico y la atención oportuna de la osteoporosis, mencionando que es pionero en implementar este servicio a los adultos mayores.

Es primordial mejorar la calidad de vida a través de mayor énfasis al desarrollo de acciones a favor de la promoción del envejecimiento activo y saludable. En nuestra entidad, el interés sobre el bienestar de este sector de la población es reflejo de los estudios realizados desde la década pasada, no sólo en la República Mexicana, sino a nivel mundial, estos trabajos fueron motivo de la publicación de un número especial de la revista Salud Pública de México en el 2007, con el tema “Salud y envejecimiento en el siglo XX” (Ham-Chande, 2007), la que además refiere, que desde 1994, ya el tema estaba cobrando relevancia, y que era necesario, atraer la atención del público para tomar conciencia de las repercusiones que iban a tener en el desarrollo y bienestar de la población mexicana.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México, en coordinación con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, llevaron a cabo el proyecto editorial “Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento”, respaldado por el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades CENAPRECE (CENAPRECE, 2012). Este documento concluye que la población de adultos mayores en el estado, se ha incrementado de manera considerable desde 1990 (CENAPRECE, 2012).



Considerando estos fenómenos y los resultados estadísticos que determinan el crecimiento de este grupo etario el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), estima que para el 2030 en México, se vivirá en promedio entre hasta 81 años; para entonces más de la cuarta parte de la población en México será adulto mayor. Por lo anterior, estamos obligados a generar estrategias para el cuidado integral del anciano y fomentar una cultura bioética para este vulnerable grupo (INEGI, 2010).

Los adultos mayores sufren, en mayor proporción, de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y de invalidez y trastornos mentales incapacitantes, por lo que en nuestro Estado hemos diseñado estrategias de atención a este grupo, desde varias perspectivas. Durante esta administración se instalarán 17 Unidades de Atención Especializada de la Salud para Adultos Mayores, que tienen como objetivo brindar servicios integrales a este sector de la población, distribuidas en diferentes regiones del Estado, colocando a la entidad a la vanguardia a nivel nacional.

En el municipio de Metepec ya está funcionando la primera. El propósito de estas unidades es el de proporcionar atención integral a adultos mayores a través de acciones de promoción a la salud, tratamiento y control de ECNT, y generando espacios de esparcimiento, donde los adultos mayores desarrollen actividades culturales y deportivas. El personal médico asignado a estas unidades incluye desde médicos generales, con diplomados en medicina geriátrica, hasta cardiólogos e intensivistas. El personal de apoyo complementa la oferta de proveer de servicios integrales con psicólogos, nutriólogos, trabajadoras sociales y odontólogos, para cubrir plenamente las necesidades de atención del anciano.

Desde el marco de la bioética se desarrollan habilidades y capacidades para la reflexión y orientación de la conducta de los profesionales



de la salud, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo, para evitar acciones violatorias de los derechos de los ancianos y proteger su dignidad y autonomía, aplicando adecuadamente la ciencia y la tecnología en apego a la *lex artis* y a la ética médica.

La atención de los adultos mayores enfrenta al personal de salud a dilemas éticos, que tienen que ver con la competencia y capacidad de estos pacientes para tomar decisiones, con la dependencia económica que muchos de ellos tienen y la red familiar de apoyo con la que cuentan o si están solos. Además el uso de la tecnología y la limitación del tratamiento en el final de la vida, implica valorar también la opción de una terapéutica paliativa. En nuestro estado, el derecho de los pacientes terminales a decidir si iniciar o suspender tratamientos extraordinarios, está reglamentado a través de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México.

La promoción y discusión de la bioética en temas como las ECNT, la invalidez y trastornos mentales discapacitantes al final de la vida, y la autonomía del paciente terminal, puede ser la respuesta contemporánea a la protección cada vez más necesaria de los derechos del paciente anciano, orientando la toma de decisiones para ampliar los beneficios de una adecuada atención médica.†



“
**Envejecer es como escalar una gran montaña
mientras se sube, las fuerzas disminuyen
pero la mirada es más libre, la vista más
amplia y serena**
”

Ingmar Bergman, 1918

Referencias Bibliográficas

Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, consultado en internet en <http://qacontent.edomex.gob.mx/cemybs/adultosmayores/estadisticas/index.htm>, el día 10 de abril de 2013.

Drane JF. 1999, *El Cuidado del Enfermo Terminal: ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios*. Publicación Científica No. 573. Washington DC: OPS.

García- Ramírez, José Carlos. 2012, *Hacia un modelo de bienestar del envejecimiento en México: resignificando los derechos humanos, el sistema de cuidados y la política pública*. In: García- Ramírez, José Carlos. *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*. 1ª edición. Plaza y Valdés S.A. de C.V.; p. 25 – 90. México, Distrito Federal.

González CA, Ham-Chande R. 2007, *Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México*. *Salud Publica Mex*;49 supl 4:S448-S458.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010).

Secretaría de Salud, CENAPRECE, Secretaría de Salud del Estado de México, Facultad de Medicina UAEMéx. Encuesta. Salud Bienestar y Envejecimiento. Noviembre 2012.

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007 – 2012 de Envejecimiento.

Espacio libre y cartas al editor



Situación Actual de la Investigación:

¿Es un tema de cantidad o de calidad?

Juan Carlos Díaz Montiel

Profesor investigador del Campus Universitario Siglo XXI

La investigación en salud no sólo se ocupa del desarrollo de nuevos instrumentos y del progreso de nuestros conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, sino que es importante para aportar los fundamentos sólidos en que deben basarse la formulación de políticas y la toma de decisiones (Fathalla, 2008). Lo anterior implica que la investigación debe ser vanguardista y, por lo tanto, que los investigadores estén en plena conciencia de la realidad epidemiológica que rige a nuestro país.

Lo anterior hace pensar entonces que un “gran investigador” debiera alcanzar ese nivel cuanto mejores y novedosas sean sus ideas de investigación. No obstante, hoy en día muchos de los indicadores que permiten a un investigador alcanzar un mayor nivel jerárquico, al menos dentro del ámbito institucional, poco tienen que ver con ello.

En la actualidad un investigador que tiene un “mayor nivel,” es aquel que tiene un mayor número de publicaciones, el que difunde sus trabajos en revistas con mayor factor de impacto, el que asiste a un mayor número de eventos científicos, el que dirige un mayor número de tesis, etc.

Esta situación ha limitado el desarrollo de nuevos proyectos, un investigador al que periódicamente le evalúan su “productividad” con indicadores numéricos como los mencionados previamente, en muchas ocasiones es orillado a tomar la decisión de llevar a cabo varios proyectos de investigación habitualmente de poco alcance y que poco, o a veces nada, contribuyen a la generación del conocimiento.



Si a eso le sumamos la enorme cantidad de trabajo burocrático con el que una persona dedicada a la investigación debe cumplir en el nivel institucional, cada día queda menos tiempo para “pensar”. Pensar en ideas que, como había señalado previamente deben ser en esencia novedosas, originales y en especial aportar verdaderas alternativas de solución a los problemas más importantes de salud pública que nos aquejan actualmente.

Por otro lado, tenemos el problema que emerge ante el conflicto ético de adquirir autorías de trabajos en los que no se participa verdaderamente para contribuir, como se ha venido mencionado, a la generación de conocimiento. Ante la apremiante necesidad de cumplir una meta programada de publicaciones, participaciones en congresos y/o foros científicos, etc. para mantener el trabajo o la jerarquía alcanzada (i.e. sistema nacional de investigadores), no es raro que se “compartan” autorías con el respectivo pago por tal actividad.

Pero entonces, **¿Qué podemos hacer?** En este aspecto un servidor concuerda completamente con lo propuesto por Halme (2012). Hay algunas estrategias que pueden implementarse:

1. Debe estimularse a las Universidades para restringir el número de investigadores jóvenes que trabajan con investigadores más consolidados o “seniors” como se les conoce en otras partes del mundo.

2. Las nuevas formas de financiamiento para proyectos deben considerar alternativas para que los investigadores se dediquen cada vez menos a cuestiones administrativas y cada día más a la ciencia.
3. De la misma manera, es muy importante cambiar la forma de evaluar la trascendencia de las investigaciones, tradicionalmente realizada a través, por ejemplo, del número de publicaciones esperadas; hacia aspectos como: si el resultado de los proyectos realmente representará una aportación hacia la solución de los problemas más importantes.

Finalmente, reconozco que la solución no es sencilla, que requieren muchos cambios, incluso estructurales, pero qué tal si la próxima vez que estemos diseñando un proyecto de investigación nos detenemos a pensar en lo que aquí he expuesto, ése podría ser el inicio del cambio.☺

Referencias Bibliográficas

Fathalla, Mahmoud F. 2008, *Guía práctica de investigación en salud*. Washington, D.C: OPS.

Fischer, J. et al. 2012, *Academia's obsession with quantity*. Trends Ecol. Evol. 27, 473-474.

Halme, P., Komonen, A., & Huitu, O. 2012, *Solutions to replace quantity with quality in science*. Trends in Ecology and Evolution, 27(11), 586.

Lecturas recomendadas



Análisis al Diccionario Enciclopédico de Bioética

Jaime Ramírez Barba

José Enrique Gómez Álvarez
Investigador y Doctor en Filosofía

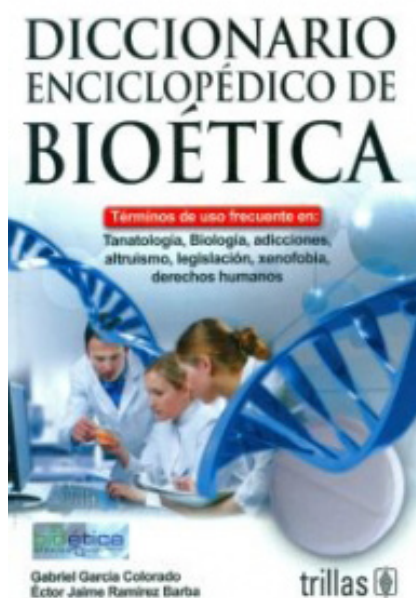
Todo texto de la naturaleza de un diccionario es sin duda, un riesgo conceptual. Difícilmente, todos pueden estar de acuerdo con la lista de términos señalados y los omitidos. En este sentido, es difícil realizar una reseña neutra de una obra así. Aunque claro, en realidad, no es posible ninguna reseña de ese tipo. Bien Habermas señaló que el conocimiento no es desinteresado. En este sentido, el diccionario tiene una cierta inclinación personalista. Ahora bien, por otra parte, hay que mencionar varios elementos muy bien logrados del mismo. En cuanto a la forma, el diccionario es de fácil lectura, una tipografía cómoda de leer. El agregado de imágenes, ayuda a ilustrar bien ciertos conceptos que, por sí solos, quedarían casi incomprensibles. Asimismo, las imágenes de personajes representativos de la Bioética también es de agradecerse. El número de voces escritas en el diccionario me parecen no excesivas, es decir, hay un equilibrio razonable de explicaciones jurídicas, clínicas, biológicas de los términos. Dicho de otro modo, el diccionario muestra bien, el carácter interdisciplinar de la Bioética, es decir, las voces abordan las disciplinas que la conforman, sin sobredimensionar ninguna. Con este último comentario puedo iniciar algunas observaciones de fondo de la obra.

En cuanto a la definición del mismo término, “Bioética” se señala tanto en el prólogo como en la misma voz, que se trata de una disciplina o una ciencia: “Es una disciplina relativamente nueva” (p. 20). Sin duda, algunos autores la consideran así. De hecho, el estatuto epistemológico de la misma no es asunto resuelto. Encontramos una gama que va desde considerarla como una parte de la ética hasta el que considera que, por decirlo así, se ha independizado de la misma. Los autores, por supuesto, pueden tomar la postura que crean conveniente, sin embargo, hubiese sido bueno aclarar en la misma voz, ese carácter inestable del término.

Otra observación importante es que por un lado, se encuentran voces excelentes definidas y descritas sin carga ideológica, sin embargo en otras, parece no mantenerse el mismo criterio. Por ejemplo, en la voz de “eugenesia” se describe lo que significa la palabra, sin caer ni en alabanzas ni en descalificaciones: “Término que procede de la palabra griega... para definir la ciencia que trata de las influencias que mejoran las cualidades de una raza. Hoy en día las prácticas eugenésicas tratan de mejorar o corregir las fallas hereditarias”. Los autores mantienen así, la descripción del término. Mientras tanto, en la voz de “aborto”, se escribe: “Es un delito en contra de la vida estipulado por tanto, en los códigos penales “Quién lo comete se encuentra ante una conducta atípica y antijurídica sujeta a un juicio de culpabilidad” (p. 11). Y cuando se habla de la ley del Distrito Federal (p.83) se dice algo que en sentido estricto lógico es contradictorio: “El movimiento feminista y otras organizaciones, han luchado por que el aborto sea legal en México, tal como lo es en algunos países. La Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la legalización del aborto...” Así, todo caso de aborto es penalizado legalmente (V) Algún caso no... (V). Ese tipo de detalles, sería bueno corregirlo en una edición posterior. Otro ejemplo es cuando se menciona en la voz “Beneficencia: “la expresión: “Es la virtud de hacer bien y practicar la caridad”. (p. 19). “Practicar el altruismo” hubiese sido lo correcto, u otra expresión semejante. El término “caridad” hace alusión a una virtud sobrenatural para los Cristianos. También en la palabra “Estoicismo” se describe cuando fue, las condiciones en que prosperó, etc., pero no se dice nada de lo que significa o que tesis central tenía este movimiento. Por supuesto que hay expresiones bien definidas y sin caer en ningún sesgo, por ejemplo, “explosión demográfica” (p. 52) o “Fe” (p.53).

En cuanto a las biografías, aunque es comprensible que no puede incluirse a todo personaje pertinente, he de hacer notar el hecho de que no se mencione al Dr. Ruy Pérez Tamayo. Aunque en lo personal no comparta muchos de sus puntos de vista, sin embargo, su libro de *Bioética Laica* y su *Diccionario Incompleto de Bioética* lo harían merecedor de mencionarlo en las biografías de un libro hecho en México. Asimismo en el prefacio de la obra que se presenta aquí, no se hace mención de esa obra que es un antecedente importante. Es un diccionario hecho en México, en castellano, etc. Una sugerencia para otra edición es la de, al menos, hicieran una mención del mismo, e incluso algunas observaciones críticas del mismo de modo que el lector pudiese tener la oportunidad de una breve comparación de las ventajas o desventajas de cada obra.

De cualquier forma el Diccionario cumple el propósito que los mismos autores señalan al comienzo del mismo: “El público requiere un libro de fácil consulta y que le proporcione el punto de la información buscada correcta” (p. 9).²



Principios de Ética Biomédica

Marisabel Rivera Jiménez

Responsable de Comités Hospitalarios de Bioética
de la Comisión de Bioética del Estado de México



Quien desee iniciar el estudio de la Bioética, es necesario que cuente con un instrumento que le sirva de guía, le adentre paso a paso en los saberes de la ética médica y biomédica; este texto, nos toma de la mano y ubica en el punto de partida del camino que recorreremos al conocer y ejercer una práctica médica basada en la bioética, nos otorga entonces, los fundamentos éticos y biomédicos, expresados de manera clara y precisa. *Principios de Ética Biomédica* de Tom L. Beauchamp y James F. Childress es un libro, que todo bioeticista, médico o personal de salud debe contar en su acervo bibliográfico.

Tom L. Beauchamp, filósofo utilitarista, es profesor de filosofía y trabaja como investigador en el Kennedy Institute of Ethics, en el Departamento de Filosofía, en la Georgetown University. James F. Childress, deontólogo cristiano, es profesor en el Departamento de Estudios Religiosos, en la University of Virginia. Es filósofo y teólogo, especialista en ética biomédica.

Este libro es el texto más influyente del movimiento bioético norteamericano y es considerado, en los cenáculos de la bioética, tanto americanos como europeos, como un texto de referencia en el estudio de la bioética.

Al intentar definir Bioética, encontramos numerosas opiniones, basadas en diferentes corrientes, variedad de enfoques y concepciones, si bien, es el término con el cual se conoce en la actualidad al saber ético relacionado con todos aquellos elementos que intervienen en el cuidado de la salud, incluyendo, los aspectos relacionados con la biología, la medicina, la antropología, la sociología y demás áreas afines a la naturaleza humana.

Históricamente, la bioética ha surgido de la ética médica, centrada en la relación médico-paciente. En 1970, V.R. Potter, escribió: *“una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una ciencia y, por lo tanto, propongo el término bioética, para poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar un nuevo saber que, se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos”*; desde entonces, numerosos autores han escrito acerca de la bioética; para Potter, la publicación de este artículo le valió la paternidad del término, y de esto, hace ya, más de 40 años; Beauchamp & Childress (en adelante B&Ch), con este libro, han ganado un lugar ponderante en la conceptualización de la biomedicina.

B&Ch en 1979 publicaron su primera edición de Principios de Ética Biomédica (*Principles of Bioethical Ethics*); actualmente en su 6ª edición, han reelaborado, reordenado y mejorado el libro desde su primera edición. Catalogados básicamente como Principalistas, insisten en definir cuatro principios de toda actividad biomédica y no sólo de la investigación -médica- a diferencia de los tres principios éticos básicos, que surgieron primeramente en el Informe Belmont, en 1978: respeto por las personas,

beneficencia y justicia, fueron redefinidos por B&Ch como: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El contenido sustancial del libro de B&Ch, se puede dividir en tres partes claramente diferenciadas: la primera, **“Fundamentos de la moral”**, consta de tres capítulos y se considera una breve introducción a conceptos básicos de la ética. La segunda parte, **“Principios morales”**, es el núcleo del libro, y en cinco capítulos, los autores presentan los cuatro principios de la bioética; el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. La tercera parte, **“Teoría y Método”**, en la que con dos capítulos, B&Ch presentan las grandes teorías morales: utilitarismo, kantismo, teoría de los derechos y comunitarismo; y la teoría del equilibrio reflexivo, de John Rawls, y la teoría de la moral común.

Una acción autónoma es actuar intencionadamente, con conocimiento, sin influencias externa. Un individuo autónomo es el que actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido.

En términos claros, el principio de autonomía se refiere a que el paciente tiene la posibilidad de aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado. Para B&Ch, el término autonomía contiene muchos aspectos: la palabra deriva del griego *autos* -propio- y *nomos* -regla-, autoridad, ley, lo que Hipócrates consideraba como, en conjunto: autogobierno. Para ellos tiene dos condiciones generales; la libertad: actuar independientemente de las influencias que pretenden controlarlo. Ser agente o agencia: tener la capacidad de actuar intencionadamente.

Lo válido para estos autores es analizar el concepto de autonomía en términos del estudio de **“los compromisos que surgen de la exigencia moral general de respetar la autonomía”**.

B&Ch otorgan reglas fáciles a seguir para tratar a las personas de manera autónoma, ya que la relación médico-paciente es lo fundamental para una buena práctica médica y el correcto uso de la ética médica y biomedicina; encontramos entre ellas: di la verdad y respeta la privacidad de otros, sólo por mencionar algunas.

Primum non nocere: "En primer lugar, no hacer daño".

La no maleficencia, se refiere a no hacer daño intencionadamente a la obligación como personas –y como médicos- de no infringir daño e impedir que lo hagan. B&Ch creen que es preferible distinguir, en el aspecto conceptual, entre el principio de no maleficencia y el de beneficencia, sin establecer un orden normativo, ni una estructura jerárquica. Es decir, la obligación de no dañar a otros es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros.

*No maleficencia implica simplemente abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño.
-Una persona daña a otra si perjudica los intereses de ésta.-*

Los autores dirigen el análisis principalmente a los actos que buscan, causan, permiten o exponen al riesgo de muerte. B&Ch se concentran en "los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses".

En ocasiones no solo es no causar daño, si no aprender a distinguir que a pesar de cuidados intensos, no se está otorgando una buena calidad de vida, es decir, a pesar de evitar la muerte y prolongar la vida, no justifica el mantener un tratamiento si este causa dolor; aquí pareciera que los principios de no maleficencia y beneficencia fuesen uno mismo.

De igual forma, nos dejan una lista de reglas a seguir como personal de salud, para el principio de no-maleficencia.

El principio de beneficencia es una exigencia y no una mera invitación a la acción.

La beneficencia la definen como la obligación moral, positiva, que tienen todos los seres humanos de actuar en beneficio de los otros, es decir, ellos distinguen y plantearon dos principios de beneficencia: *beneficencia positiva*: obliga a aportar beneficios a los demás. *Principio de utilidad*: exige que los beneficios y los inconvenientes estén equilibrados. Pero cuando B&Ch hablan del principio de beneficencia no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos.

Al realizar este balance, en consecuencia, emiten reglas o situaciones en las cuales el médico debe respetar en conjunto la autonomía del paciente al tomar la decisión de aceptar o no el tratamiento benéfico, en caso contrario y si la decisión sólo la tomase el médico, cuando tiene la oportunidad de tomarla en conjunto con el paciente, incurre en el paternalismo, tema que B&Ch hablan ampliamente en esta sección.

La justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

Del último principio, justicia, hacen una marcada diferencia a la justicia sanitaria en el ámbito biomédico, con base en el concepto de la *justicia distributiva*, como el método que utiliza la sociedad para la distribu-

ción equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades. Es decir, a la distribución imparcial determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Defienden una estrategia *utilitarista* que subraya la eficiencia social y el máximo beneficio para los pacientes; y una estrategia *igualitariasta* que insiste en la igualdad del merecimiento de las personas y la oportunidad justa para aquellos son desventajas sobre otros. Es decir que, a las personas que tienen derechos iguales tienen que ser tratadas con igualdad, y las personas que no tienen derechos iguales tienen que ser tratadas de manera diferenciada *justicia formal*. Ambas teorías, actúan en conjunto, simultáneamente.

La tercera parte, “Teoría y Método”, consta de dos capítulos: en el primero, —las teorías morales—, los autores del libro hacen una presentación notable de las grandes teorías morales: utilitarismo, kantismo, teoría de los derechos y comunitarismo; este capítulo se abre y se cierra hablando de los criterios

para la construcción de una teoría moral y la convergencia de las teorías; y en el segundo capítulo, que lleva por título el Método y la justificación moral, hay dos apartados sugerentes: la teoría del equilibrio reflexivo, una idea extraída de John Rawls, y la teoría de la moral común.

A pesar de que la única traducción al español es la de la 4ª edición inglesa en 1999, la última edición en inglés con la que contamos de este gran libro es de 2009, han pasado ya cuatro años en los que bajo críticas positivas y negativas acerca del contenido y posturas que señalan los autores, es y seguirá siendo la biblia de la bioética; como lo señala en el prólogo de la 4ª edición en español, Diego Gracia, es un libro “llamado a permanecer a través de los años”. La Bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático, de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la biología y la medicina.†

Reestructuración de la Comisión de Bioética del Estado de México

Lizdah Ivette García Rodríguez

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

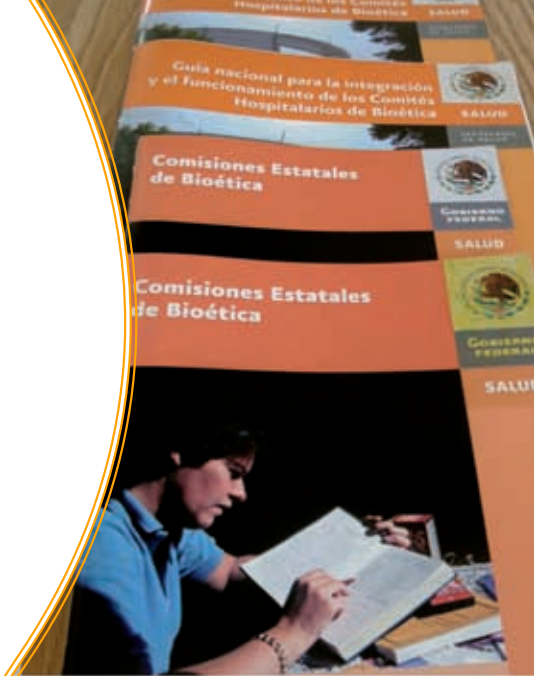


La Comisión de Bioética en nuestro estado surge con el propósito de promover una cultura bioética en el personal de salud intentando con ello elevar la calidad de los servicios, por medio de la capacitación y asesoría a los profesionales de la salud sobre conductas que han de adoptar con respecto a controversias morales en casos concretos, analizar los aspectos éticos de los protocolos de investigación y del impacto de los avances científicos y tecnológicos, así como las conductas que se adoptan ante éstos; velar por los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Corresponde a la Comisión, apoyar y auxiliar al Consejo de Salud del Estado de México en acciones de colaboración e interrelación y formulación de propuestas en materia de salud, fortaleciendo la coordinación para la ejecución y cumplimiento de los programas existentes.

Aplicar lo conducente en materia de bioética en las instituciones del sistema de salud del Estado de México y difundirlo a la comunidad en general, mediante los Comités Hospitalarios de Bioética y de los Comités de Ética en Investigación, recomendando la normatividad y los criterios específicos que deban observarse.

En este contexto, la Secretaría de Salud instala la Comisión de Bioética del Estado de México (COBIEM) en 2005 como parte del Consejo de Salud del Estado de México, a la fecha su integración queda de la siguiente manera: Presidente, Secretario de Salud; como Vicepresidente o Director Ejecutivo, Director General del Instituto de Salud del Estado de México; como Secretario Técnico, Coordinador Estatal de Bioética; como Vocales: los titulares de la Secretaría de Educación, Secretaría de Medio Ambiente, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social Zona Oriente y Poniente (IMSS), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM), Comisión de Conciliación y Arbitraje

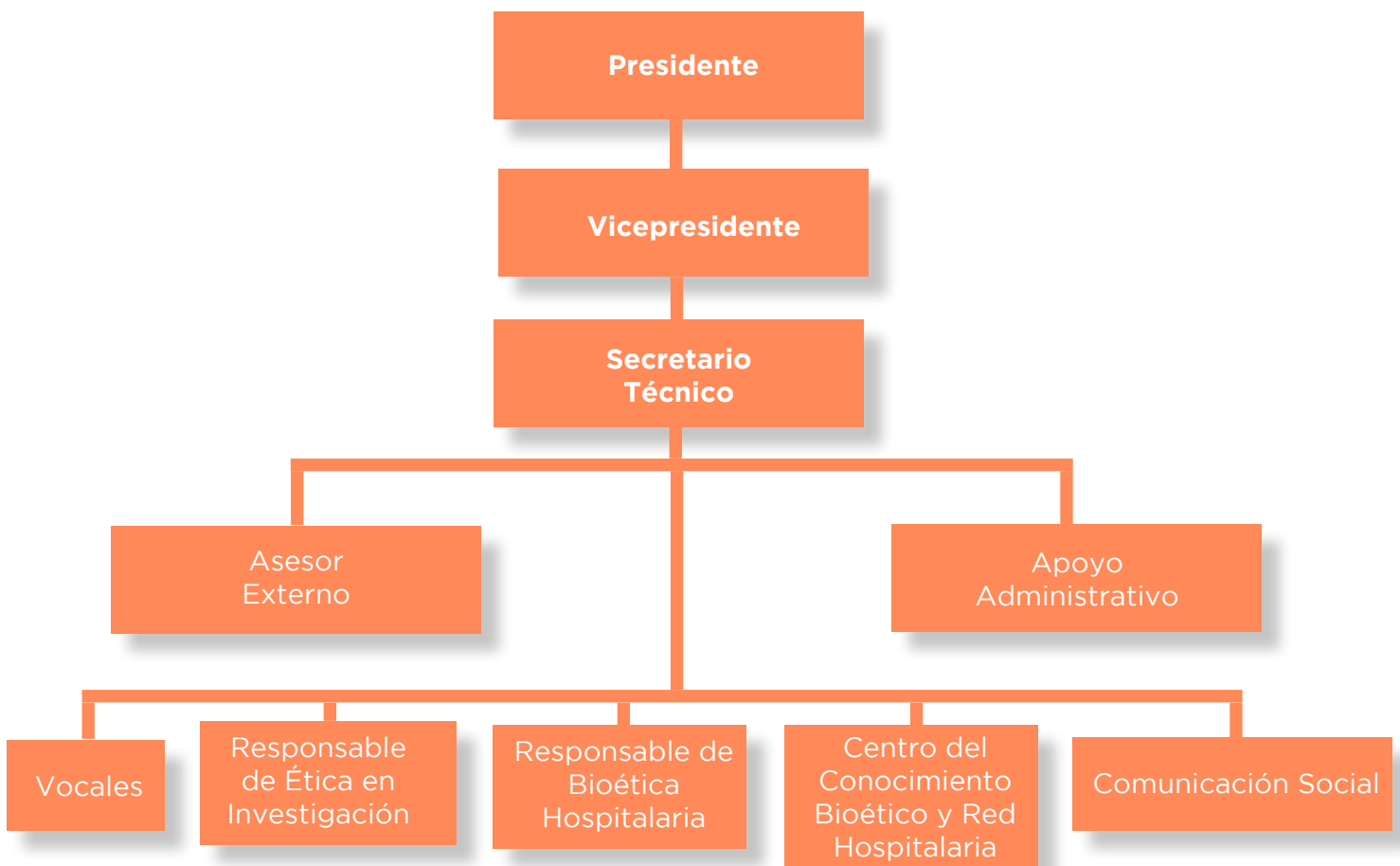


Médico del Estado de México (CCAMEM), la Academia Mexiquense de Medicina (AMM), Colegio Unido de Enfermeras; como invitados permanentes: un Doctor en Filosofía, un Abogado en asuntos jurídicos del ISEM, un representante de la Sociedad Mexiquense y un Asesor Externo.

Con la finalidad de consolidar a la Comisión de Bioética, como órgano colegiado dependiente de la Secretaría de Salud, en abril de este año se llevó a cabo la gestión administrativa para apoyar y asegurar el cumplimiento de las disposiciones nacionales para su operación y funcionamiento, lo que permitió el cambio del área física, para ubicarse en la calle Mariano C. Olivera, número 100-A, colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales, quinto piso. Lo anterior orientado para actualizar la estructura y organización, a efecto de hacerlos congruentes con los lineamientos de orden federal.

Así mismo, para desarrollar el sistema de trabajo y los procedimientos de operación de la Comisión, según lineamientos emitidos por la Comisión Nacional de Bioética se le asignarán recursos humanos, mismos que realizarán las funciones de Responsable Estatal de Comités Hospitalarios de Bioética y de Responsable de Comités de Ética en Investigación, así como Responsables de Comunicación Social; de la Red Hospitalaria y del Centro del Conocimiento Bioético y Salud, lo anterior para el logro de mayor efectividad institucional, con mejores resultados en los servicios.

- **Estructura Orgánica**



Su función es fundamentalmente: Normativa, Consultiva, Educativa, de Investigación y de Asesoría mediadora.

El responsable de Comités Hospitalarios de Bioética y responsable de Comités de Ética en Investigación, serán encargados de atender y dar seguimiento a los asuntos relacionados al trabajo de los respectivos comités, sus funciones serán las siguientes:

1. Fomentar la creación de Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética en las instituciones públicas y privadas de atención e investigación de la salud, así como otras afines.
2. Constituir la información de Registro Estatal de Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética de acuerdo a los criterios propuestos por la Comisión Nacional de Bioética.
3. Recopilar información relevante sobre los trabajos que realizan los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética del Estado.
4. Actualizar el Catálogo de los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética, públicas y privadas, y promover su registro en la Comisión Nacional de Bioética y COFEPRIS.
5. Supervisar y asesorar a los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética del Estado, aplicando la cédula de evaluación propuesta por la Comisión Nacional de Bioética.
6. Realizar análisis estadístico de los problemas éticos propios de los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética, agrupándolos por servicio, turno, personal involucrado y posibles causas.
7. Notificar a la Comisión Nacional de Bioética los reportes y actualizaciones de los registros de Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética.
8. Las demás que por necesidades del programa la Secretaría Técnica de la Comisión Estatal establezca.





Al responsable del área de Comunicación Social, le compete la difusión y la promoción, teniendo las siguientes funciones:

1. El diseño y la imagen de la revista “Bioética y Salud”.
2. Realizar el material de difusión, carteles y cápsulas informativas en Bioética.
3. Promover y difundir la normatividad vigente, como son: Guías Nacionales, Código de Bioética y de Conducta para el Personal de Salud, la Carta de los Derechos de los Pacientes, así como de los médicos, entre otros.
4. Integrar el Catálogo de Instituciones que imparten capacitación en Bioética (curso, diplomado, maestría y doctorado) para regionalizar la capacitación, en coordinación con los responsables de los comités.
5. Integrar el Catálogo de Bioeticistas en el Estado.
6. Las demás que por necesidades del programa la Secretaría Técnica de la Comisión Estatal establezca.

Finalmente el Responsable del área del Centro del Conocimiento Bioético y Salud, al igual que en la Comisión Nacional de Bioética, busca promover el conocimiento bioético a través de los servicios de información de la biblioteca, haciendo uso de las tecnologías de la Información y comunicación, dirigidos a los usuarios de los diversos sectores de salud, educativo y población en general, como una herramienta para impulsar la cultura Bioética en el estado.

Es un centro de información especializado cuya misión es fomentar el conocimiento de la ética y bioética en las instituciones de salud, de investigación y de enseñanza, así como en la población en general; tiene las siguientes funciones:

1. Mantiene un sitio Web de la CNB y la plataforma virtual CECOBE; así como el apoyo logístico para búsqueda de materiales.
2. Cuenta con el servicio de Biblioteca Virtual, que considera todos los servicios virtuales relacionados con la disseminación de información personalizada, el acceso a bases de datos, revistas y documentos en línea.

| | |
|---|-------------------|
| Casos Clínicos 2012 2013 | COB |
| Correspondencia Enviada de Bioética 2013 | Encue Nacion |
| Correspondencia Recibida de Bioética 2013 | Norm 2013 |
| Comprobaciones 2013 Suficiencia Presupuestal | Pro Inve |
| Capacitación 2013 | Reu Insti |
| Revista 2013 "Bio" | Comisi de Bioé |
| Encue Nacion | Capacitación |

3. Proporciona asesoría y capacitación para el acceso a base de datos y búsquedas especializadas.
4. Coordina la Red Hospitalaria en Bioética.
5. Mantiene actualizada la plataforma de Capacitación Permanente en Línea.
6. Envía electrónicamente documentos técnicos (Guías para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética y otros) cuando lo solicitan.
7. Las demás que por necesidades del programa la Secretaría Técnica de la Comisión Estatal establezca.

Entre los servicios de este Centro está el acceso a las bases de datos EBSCOHost, ELSEVIER, American Search Premier, Fuente Académica y MEDLINE Alerta legislativa DATALEX y recuperación de documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación y en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. Así mismo a través de la Comisión Nacional de Bioética se proporciona orientación en la búsqueda de información en los diferentes formatos, ya sea en la propia colección o con recursos externos.

Este Centro estará presente en línea, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas.

Estos cambios tienen fundamentalmente la tarea de promover los tratados nacionales e internacionales, relacionados en Bioética y la aplicación de guías de bioética para la atención médica, la salud pública, la investigación, en instituciones públicas como privadas. Así mismo difundir entre la sociedad y los profesionales, técnicos y auxiliares de salud los principios y valores bioéticos que deben regir el ejercicio de su actividad, fomentando el respeto en la actividad médica, los derechos de los pacientes, los códigos de bioética y de conducta para el personal de salud.

El personal que conforma la Comisión de Bioética del Estado de México se ha propuesto convertir los objetivos, planes y compromisos en acciones y resultados concretos, orientados a mejorar la calidad de los servicios de salud y responder a las expectativas y necesidades de la sociedad mexiquense.®





Capacitación en los Servicios de Salud en materia de prevención del conflicto derivado del acto médico y bioética desde el punto de vista de la responsabilidad moral

Elizabeth Dávila Chávez

Directora General del ISEM y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México



La Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico, la Comisión de Bioética y el Instituto de Salud del Estado de México, desarrollan un programa de sensibilización y capacitación dirigido a todo el personal de la salud; médico, enfermería, paramédico, trabajo social y el personal administrativo de los Hospitales de Alta Especialidad, Generales y Municipales, así como a las Jurisdicciones Sanitarias, con temas como: **“Prevención del Conflicto Derivado del Acto Médico”** y **“Bioética y Responsabilidad Moral en los Trabajadores de la Salud”**, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención que se brinda, así como para prevenir en lo posible controversias entre los usuarios y los prestadores de servicios, que pudieran suponer alguna negligencia e impericia por parte del personal de salud; así mismo promover, difundir y crear una cultura de responsabilidad bioética basada en principios y valores. Esta capacitación dio inicio en enero del año en curso y se considera capacitar a todas las unidades hospitalarias durante el 2013.

La Comisión de Bioética de nuestro estado, desde el momento de su creación ha sido observatorio de los grandes cambios paradigmáticos que la medicina como disciplina ha aportado a los servicios de salud, como el lugar tan relevante que a adquirido la autonomía en la relación medico-paciente, el avance científico y tecnológico, siendo ésta atención constante al desarrollo de la problemática presente en salud, lo que mueve a crear lazos entre las organizaciones, como es en este caso, moviéndonos por todos los rincones del Estado. Resulta importante señalar que se pretende reenfocar las actividades como mecanismo inductor de mejora, generando conciencia sobre su actuar cotidiano y de la responsabilidad de entregar a la sociedad servicios de salud capaces para la resolución de los problemas generados en la comunidad. Así mismo en la creación de redes interdisciplinarias, y multidisciplinarias para buscar soluciones a través de la llamada ética médica, hoy Bioética.

La Secretaría de Salud ha tenido la encomienda histórica del cuidado de la salud del individuo para el desarrollo de su comunidad, como una correspondencia con la responsabilidad social.





Desde el punto de vista salubrista, la práctica de la responsabilidad social es un proceso de aprendizaje colectivo, reformando al personal de salud, por medio de la capacitación, el diálogo y el consenso visionario y constante, para favorecer la calidad de los servicios de salud y proporcionar la satisfacción de la sociedad a la que pertenecemos.

No podemos quedarnos alejados de la reflexión de la responsabilidad que tenemos con la sociedad, de realizar acciones relevantes dirigidas a preservar la salud, curar o aliviar cuando sea posible; siempre consolar y acompañar, como lo expresara el Dr. Ruy Pérez Tamayo.

Los profesionales que laboran en las unidades de salud promoverán los derechos humanos, como un asunto prioritario, ya que debemos comprender que lo que afecta a una persona afecta a la sociedad en su totalidad, por lo que en nuestra gestión existe un punto de compartir, de asignar y de revisar las responsabilidades o tareas a favor de los que solicitan nuestros servicios, “nuestros pacientes”.✚

Los códigos de conducta para llegar a la calidad de salud

José Pedro Montoya Moreno
Coordinador de Salud

El Código de Conducta es un documento en el que se exponen una serie de principios que se comprometen a seguir los miembros de una organización; ayuda a dejar en claro que se espera de sus miembros y cuáles son los comportamientos que no son convenientes para alcanzar las metas planteadas. Sirven también para crear en el grupo un ambiente de colaboración y de participación en los logros que se alcancen.

Cualquier tipo de organización, depende de la actuación de sus miembros para alcanzar las metas que se ha planteado, ¡Las buenas intenciones no bastan! Si una organización quiere ser más eficiente, es necesario que exista una perfecta coordinación entre lo que hacen sus integrantes y las metas que desean alcanzar como agrupación.

Como lo menciona Benjamín Hill Mayoral en su documento “El éxito de las organizaciones”: *Uno de los motivos por los cuales muchas organizaciones se quedan a mitad del camino y no alcanzan los objetivos es por qué no han establecido reglas claras de conducta que orienten la actuación de sus miembros para conseguir las metas del grupo.*

Si esto lo traspolamos a los servicios de salud, y queremos que funcionen bien y logren sus objetivos, es necesario que todos y cada uno de los trabajadores de la salud conozcan que es lo que se espera de ellos, porque muchas veces asumimos que todos saben sus responsabilidades y generalmente, cuando no cumplen, es cuando se identifica que las desconocen, sea porque no se le dio la inducción al puesto o porque no estuvieron claras las indicaciones o no se generaron las condiciones para que responda adecuadamente o principalmente por que desconoce la normatividad que orienta su quehacer dentro de la unidad de salud.



En ocasiones, el incumplimiento a las objetivos no está dado por lo que mencione en el párrafo anterior, muchas veces conocen bien cuáles son las metas y objetivos, pero no cumplen con su responsabilidad por cuestiones de actitud y formas de trabajar que no son las adecuadas y que tienen que ver con sus costumbres y malos hábitos. Por lo anterior se debe crear conciencia de que su trabajo repercute en el logro de los objetivos, es decir que es necesario reconocer que las conductas individuales tienen fines colectivos y que la Ley General de Salud y los contratos de trabajo establecen con bastante claridad muchas de las obligaciones, pero sin embargo, existen conductas que afectan su desempeño y que no están comprendidas en la ley.



Por lo anterior considero que los Códigos de Conducta deben ser difundidos entre el personal de salud, ya que sirven para regular la conducta con excelencia, de acuerdo a sus procesos, valores y cultura propios, pero con una dosis de humanismo y empatía.

Asimismo los Códigos de Conducta son mecanismos que ayudan a mejorar el ambiente laboral y disminuyen las tensiones que existen cuando las reglas no son claras, mejorando su desempeño y generando un ambiente de compañerismo y sensación de orgullo de pertenecer a un grupo con anhelos semejantes de servicio y bienestar, con valores éticos compartidos.



No hay forma más efectiva de acabar con la ineficiencia y de fortalecer un grupo que mejorando la conducta individual de sus miembros. Si todos actúan coordinadamente para conseguir los objetivos colectivos, evitando las ineficiencias y las conductas que no son positivas, cualquier grupo mejorará su desempeño. Un grupo que establece claramente sus valores y anhelos motiva a que sus miembros hagan suyos esos valores y que trabajen en un ambiente de cooperación y con espíritu de equipo. Las reglas claras acaban con la ineficiencia, reducen la corrupción y evitan el desorden (Benjamín Hill Mayoral).

Finalmente el Código de Conducta para el personal de salud establece estándares de conducta profesional que coadyuva a la prestación de servicios con alto nivel de calidad; porque establece guías de comportamiento esperados y basados en los principios fundamentales de bioética como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad, la solidaridad, la justicia y el respeto a la dignidad de las personas.☺



Normas para la presentación de colaboraciones

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

La revista está dirigida a los servidores públicos de las instituciones del sector salud y educativo del Estado de México. Su distribución es gratuita. Los ejemplares estarán ubicados en las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales. 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 medio.

Los trabajos deberán entregarse escritos a doble espacio, con tamaño de letra Gotham Book a 10 puntos y capturados en el procesador de textos Word; deberá adjuntarse el disco que contenga el archivo y enviarse a nuestros correos electrónicos: isem.iebioetica@edomex.gob.mx y coordinacionestatalbioeticaedmex@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 del autor, indicando la institución donde labora, su grado académico, teléfono 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.



Foto: Luis Gordo

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 la materia. 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**

**COORDINADOR 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

DRA. LILIA PATRICIA BUSTAMANTES MONTES
Directora de la Facultad de
Medicina de la UAEMéx

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

DR. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
Director de Educación e Investigación
en Salud del ISSEMYM

Comisión de Bioética del Estado de México

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. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR

Comisionado de Conciliación
y Arbitraje Médico del Estado de México

DR. J. 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

LIC. LIZDHA IVETTE GARCÍA RODRÍGUEZ

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

DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN

Asesor Externo de la COBIEM

M. EN E. LAURA MARTÍNEZ LÓPEZ

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

DRA. HILDA CARMEN VARGAS CANANO

Coordinadora del Programa
Estudio, Difusión y Divulgación de la No Violencia
de la UAMéx.

LIC. JOSÉ LUIS MENDOZA MARTÍNEZ

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

DR. OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA

Invitado Especial



Comité Hospitalario de Bioética

“Apoyar la toma de decisiones prudentes, razonadas y fundamentadas en casos de dilemas éticos en la práctica clínica”.

Funciones:

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

Mexiquenses más sanos



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO

