

REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 4 NO. 7 Julio - diciembre 2013

**El arte de comunicar
malas noticias en medicina**

Elizabeth Dávila Chávez



Foto: Francisco Aguirre

2014. Año de la Bioética en México

12º Congreso Mundial de Bioética

10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética

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

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
Responsable Estatal de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Representantes de Instituciones que integran la Comisión de Bioética del Estado de México

REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO "BIOÉTICA Y SALUD". Año IV, No. 7, Julio - diciembre 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;comisionbioeticaedomex@gmail.com. Editor responsable Dra. Ana María Millán Velázquez. Certificado de Reserva de Derechos: 04-2012-011315374600-102, ISSN: 2007-2864 otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas de la Secretaría de Gobernación. 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 diciembre 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: 217/05/03/13-02

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
Elva Galicia Martínez
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
Alfredo Vigueras Rendón

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.

Contenido

Presentación	03
Editorial	04
Diálogo bioético	
El arte de comunicar malas noticias en medicina Dra. Elizabeth Dávila Chávez	06
Reasignación Legal de Concordancia Sexo-Genérica Dr. Héctor Nebot García	11
De la ciencia a la conciencia	
La laicidad de la bioética Dra. Ana María Millán Velázquez	18
La voluntad como vía de encuentro con los valores humanos Dra. María Elena V. Escalona Franco Dra. Coral Herrera Herrera	22
Moral, Ética y Comunicación en Bioética Dr. Enrique Domville Domville	25
Perspectivas médicas y reporte de casos	
La Bioética en oncología, el papel del Comité Científico y de Bioética en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM M. en C. Karla Gabriela Ocampo García C. O. Beatriz Lucero Soto Sánchez C. O. José Luis Barrera Franco	32
Fuente informativa en bioética	
Convenio de Asturias de Bioética Lic. Lizdah Ivette García Rodríguez	38
Espacio libre y cartas al editor	
Por un mejor futuro Ing. Oscar Manuel Santillán Millán	48
Lecturas recomendadas	
Bioética y antropología médica Dra. Eréndira Natalia Calderón Guzmán	51
Crónica del VII Encuentro Nacional de Bioética “El Rescate de los valores para generar los servicios de salud que merecemos” Dr. José Pedro Montoya Moreno	55
VI Congreso Internacional de Bioética en Iberoamérica y el VIII Curso-Taller Internacional de los Comités de Ética Dra. Ana María Millán Velázquez	60
Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea del Estado de México Dr. Efraín Zaldívar Valdés	66
Normas para la presentación de colaboraciones	69

Presentación

La creación de esta revista fue el resultado del compromiso de un grupo de personas que están convencidas en seguir colaborando para generar una cultura bioética en los trabajadores de la salud y en la sociedad en general. Para que un sistema de salud funcione, requiere de instituciones que establezcan claramente los objetivos para resolver las demandas de los usuarios, satisfacer sus necesidades y sus expectativas, pero además interiorizar en los prestadores de servicios los valores éticos deseables, como: responsabilidad, honestidad, integridad, solidaridad y generosidad, por lo que estas instituciones nacen y se transforman; el desafío es concientizar al trabajador de la salud sobre la importancia de asumir valores y principios por el bien de los que solicitan sus servicios y de sí mismo.

En este contexto me congratula presentar la séptima publicación de la revista “Bioética y Salud”, que tiene la finalidad de favorecer el conocimiento de la nueva manera de ejercer la medicina, misma que se ha visto influenciada por el progreso de la ciencia médica, la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas unido a la escasez de recursos para satisfacerlas. Esto obliga a pensar nuevamente si entendemos la medicina en su justo término, precisamente, porque hoy la ciencia médica y la autonomía de las personas es más pujante, por lo que hay que replantearse seriamente preguntas como: ¿Si debe hacerse todo lo que técnicamente puede hacerse? ¿Si el objetivo es sólo evitar la muerte? ¿Si la autonomía de los pacientes esta sobre la beneficencia de la medicina? entre otras muchas preguntas que podrían surgir; un argumento válido en la práctica médica actual es que ésta inicia con la aceptación de la finitud de la vida humana y valorar la calidad para vivir en ella.

En este número se tratan temas como “El arte de comunicar malas noticias” en donde explica por qué es una de las tareas más difíciles que enfrentan los profesionales de la salud; asimismo el tema “Reasignación legal de concordancia sexo-genérica” que trata los tipos de discriminación hacia las personas con incongruencia de género; otro breve documento es “La voluntad como vía de encuentro con los valores humanos”, menciona que con nuestras virtudes somos capaces de decidir ser mejor cada día; también está el tema “Moral, Ética y Comunicación en Bioética” que realiza un análisis de estos conceptos; así mismo “La bioética en oncología” y el papel del comité científico y de bioética, entre otros temas. Por lo anterior la medicina se concibe a sí misma como una actividad que está al servicio de todos, lo que implica que ha de enfrentarse a decisiones complejas y difíciles, buscando siempre el mayor beneficio para el paciente.☺

El Estado de México vive un periodo intenso de actividades relacionadas en la protección a la salud de las personas; en la Comisión de Bioética se congregan académicos, expertos y servidores públicos, para orientar las actividades hacia una visión ética y humanista, buscando el bien común; visualizando dónde estamos y hacia dónde tenemos que dirigir nuestros esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Quienes participamos en la elaboración de esta revista reconocemos la necesidad de generar un pensamiento reflexivo entre los prestadores de los servicios. Es a través de los textos publicados en ésta revista que tratamos de crear una actitud de responsabilidad ética y resaltar los valores institucionales para el buen desempeño, asimismo desarrollar una inquietud por las cuestiones relativas a la bioética en el área de la salud.

Es importante destacar que los médicos, personal de enfermería y administrativos, ya se interesan en capacitarse y actualizarse en temas de bioética, lo que permite proyectar nuevas luces en el campo de la medicina a corto plazo.

Hace una década que la bioética forma parte de las políticas de salud de nuestro país, con nuevos enfoques y renovadas metodologías, con un carácter obligatorio, para proporcionar una atención digna basada en los derechos de las personas.

Este nuevo enfoque de gran trascendencia representa sin duda un avance en el terreno de la terapéutica para el buen desempeño de los trabajadores de la salud en su práctica cotidiana.☪

Diálogo Bioético



El arte de comunicar malas noticias en medicina

Elizabeth Dávila Chávez

Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México

En nuestro medio, la palabra “comunicar” se utiliza continuamente, dejando muy claro la importancia del concepto en nuestra sociedad. Pero lo que ya no es tan claro es que su uso, a fuerza de repetirlo, concuerde con su significado real. “Comunicación”, explica el Diccionario de la Real Academia Española, es *el proceso mediante el cual se trasmite información entre dos o más personas, donde alternativamente manifiestan sus ideas o afectos*. Tradicionalmente, se ha definido como *el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante el habla, escritura u otro tipo de señales*, algunos autores manifiestan que tiene como objeto incrementar el funcionamiento de las sociedades humanas. Adela Cortina, afirma que en el fondo se trata más de llegar a pactos meramente estratégicos que de la búsqueda de la verdad, y que es a través de esos diálogos que cada interlocutor pone en juego sus propias verdades (Cortina, A. 1996).

La atención a la salud es un acto realmente humano en donde la “comunicación” permite identificar cuáles son las normas validas para los interlocutores, facilitándoles la toma de decisiones básicas de hacer o no hacer y sus

consecuencias; todo esto a través del diálogo como modelo de toma de decisiones éticas, por lo que resulta imprescindible que esta comunicación sea asertiva, clara, concreta y oportuna.

Cuando en este proceso de comunicación uno informa de un hecho o suceso novedoso o poco común a otro u otros se considera una “noticia”, que debe ser verdadera y que generalmente tiene consecuencias buenas o malas, o con un desenlace que puede resultar desconocido. La persona que da la noticia debe otorgarla sin ningún tipo de valoración personal, ni juicio moral, tratando de responder a las preguntas que pudieran surgir, como: ¿Qué es? ¿Cómo sucedió? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? y ¿Qué se debe hacer?.

Cuando la noticia altera negativamente la perspectiva de vida futura de una persona se considera “mala noticia” y en la práctica médica advierte frecuentemente un bien que se ha perdido (la salud), que como consecuencia altera negativamente a la persona al enterarse, provocándole gran ansiedad; por lo que antes de comunicarla se deben considerar varios aspectos que en breve menciono: en



Foto: Francisco Aguirre

primer lugar, realizar el análisis del contexto psicológico del paciente, su estado de ánimo, su capacidad para escuchar, si quiere o no saber la verdad. En segundo lugar la situación del profesional de la salud, su relación con él, si es cordial y empático. Y finalmente qué método se utilizará en la entrevista clínica, si la información se dará directa o se consultará primero a los familiares. Por lo anterior resulta imprescindible que los médicos reciban entrenamiento para adquirir habilidades para desarrollar una comunicación eficiente (Carrió, 2009).

Este tipo de entrenamiento no se da en la profesionalización ni después en la práctica médica, lo que se demuestra en un estudio realizado en el Hospital General de México, donde el Dr. Martín del Campo encontró que más de 80% de los médicos no han recibido educación para dar malas noticias, y que casi todos se han enfrentado al hecho. Además refiere que los médicos expresan que es

importante preparar la forma como se le comunicará al enfermo la noticia, destacando que la mayoría prefieren que sea sólo con el paciente, aunque existen algunos que mencionan que es mejor que sea frente a un familiar para lograr mejor comunicación y disminuir el impacto emocional, quien podrá aceptar de manera más tranquila la noticia, ya que el familiar será su principal soporte emocional y podrán buscar entre todos mejores y más claros caminos a seguir y además pueden compartir el sufrimiento en un ambiente de solidaridad; al mismo tiempo le da la seguridad al paciente que será quien le cuidará (Martín del Campo, A. 2012). Ayarra recomienda en su libro *Malas noticias y apoyo emocional* que los familiares deben estar bien informados para ser nuestros aliados y así romper las barreras de comunicación que pudieran existir con el enfermo (Ayarra, 2001).

Entre otros resultados arrojados en la encuesta realizada por Martín del Campo

al personal médico, ante la pregunta si se le debe informar al paciente, estos refieren que se debe informar aunque no lo solicite, sin embargo, es conveniente considerar la situación emocional, ya que puede suceder que el paciente no quiera saber o los familiares solicitan que se le oculte su diagnóstico o su pronóstico, esto quiere decir que debemos valorar qué información se le va a proporcionar o no, cómo y en qué momento, tomando en cuenta la opinión del familiar. En este sentido la relación que el médico tiene con el enfermo es definitiva, ya que él conoce mejor que nadie su estado emocional y el impacto que pudiera generarle el comunicarle la mala noticia (su mal estado de salud, su diagnóstico, las alternativas del tratamiento y su pronóstico) buscando siempre brindarle la información de forma empática y amable. En este ambiente de confianza el paciente manifiesta sus miedos y también sus esperanzas (Martín del Campo, A. 2012).

El reconocer que los pacientes no son sólo biológicos sino también emocionales y que el efecto que le ocasiona el saber la verdad está casi siempre ligado a la desesperanza y al sufrimiento, nos debe sensibilizar para llevar a cabo acciones que nos den herramientas que nos permitan dar las malas noticias, de tal manera que dañemos lo menos posible a los pacientes.



Cuando el paciente o el familiar solicita que no se le informe, se tiene que valorar y en su caso someter al Comité de Bioética para que oriente en la decisión que se tome ante el dilema en el que se enfrenta el médico, descargando un poco la carga emocional que también el médico experimenta, por que como sabemos, la Ley General de Salud establece su obligación de informar. Es verdad que en ninguna otra profesión se atienden temas tan delicados como los que hemos comentado. Muñoz afirma que la comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina y que no es fácil ser portador de información que hará sufrir a otros (Muñoz, 2001).

Las reacciones emocionales en el binomio clínico al dar y recibir malas noticias no es algo determinado, ya que como lo refiere Alves de Lima, el impacto emocional que un paciente sufre al conocer su diagnóstico es muy variable e incierto, puesto que depende del contexto particular de cada paciente, de su personalidad y de su entorno. Asimismo el médico también experimenta diversas emociones, de modo que puede verse limitado por el miedo a causar dolor y estrés adicional; también puede sentirse frustrado por no poder hacer nada a pesar de los avances tecnológicos y científicos, tomándolo como un fracaso profesional; o por el miedo a ser agredido, puesto que los pacientes o familiares suelen descargar su ira y enojo en ellos; o el temor a ser culpado o demandado. Este autor menciona que el médico además puede manifestar miedo de mostrar sus emociones, ya que tradicionalmente se cree que son entrenados para permanecer en calma, para poder pensar en forma clara y lógica y cualquier reacción como enojo, depresión, angustia o compasión, se considera un acto no profesional capaz de debilitar su imagen frente al paciente o al familiar. Por último refiere el miedo que los profesionales de la salud tienen frente a la propia enfermedad y a la propia muerte. En este contexto el autor menciona que la honestidad mostrada por los profesionales durante una entrevista aumenta la credibilidad y es un factor fortalecedor de la relación clínica (Alves L. 2003).

Desde el punto de vista de Fracapani, el médico debe estar actualizado científicamente, técnicamente y éticamente, para atender al paciente de forma eficaz, cordial y empática. Debe darle a conocer el diagnóstico, explicando de manera clara en qué consiste la enfermedad y los cuidados que debe tener para llevarla lo mejor posible; asimismo de explicarle los objetivos del tratamiento a implementar, ya sea para procurar su curación, para prevenir recidivas, para aliviar el dolor o para rehabilitarlo en lo posible y proporcionarle una mejor calidad de vida. Además de informarle de los riesgos, teniendo en cuenta también los gastos que se generarán para cubrir sus necesidades. Esta selección del tratamiento por parte del médico entra en interacción con el análisis que efectúa el paciente con respecto a si se han respetado sus valores, sus ideales o si tolera el impacto emocional que le ocasionó la noticia, y finalmente el valor que otorga al beneficio esperado, según sea el resultado del análisis, aceptará o rechazará la propuesta (Fracapani, M. 2004). En este momento el médico verifica la aceptación o no del tratamiento y decide la terapéutica o si el paciente elige buscar una segunda o tercera opinión.

Walter por su parte recomienda que durante la entrevista clínica se debe contar con un espacio privado, para que el enfermo se pueda expresar con confianza; el médico debe observar a su paciente para valorar los contenidos emocionales verbales y no

verbales, escucharlo con la mayor atención posible, demostrándole interés y respeto; asimismo investigar qué sabe el paciente de su enfermedad y cómo se ve afectado en su futuro; averiguar qué y cuánto quiere saber de su enfermedad, identificando con claridad cuál es su prioridad. La información que se le proporciona al enfermo debe ser clara para que en uso de su autonomía acepte o no la propuesta de tratamiento (consentimiento informado), comprobando el grado de comprensión de la información que se le está proporcionado y si quedan dudas que el paciente explique con sus propias palabras cuál es su duda y qué fue lo que entendió. El médico debe ser empático y entender las reacciones que pudieran tener el paciente y su familia, ya que están en un momento de máxima vulnerabilidad (Walter, F. 2000).

Existe gran evidencia de que la actitud profesional y sus habilidades de comunicación desempeñan un papel fundamental y decisivo en el modo en que el paciente abordará su problema. Ruy Pérez Tamayo reconoce la necesidad indispensable de que la medicina sea ética, pues como él dice: *El profesional de la medicina toma continuamente decisiones que influyen, en mayor o menor grado, en la calidad y en la duración de la vida de sus pacientes. La sociedad debería insistir en que la actividad profesional de tales sujetos estuviera regida por un código ético claramente definido* (Pérez, R. 2002).⁸



Referencias Bibliográficas

- Alves de Lima AE. 2003. *¿Cómo comunicar las malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento?*. Argentina, Cardiol.
- Ayarra M, Lizarraga S. 2001. *Malas noticias y apoyo emocional*. ANALES. Navarra.
- Cortina A, Martínez E. 1996 *Ética*. Madrid: Akal.
- Carrió, Francesc, 2009. *Cómo dar malas noticias*. JOUR: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. // <http://www.sciencedirect.com/science/article>.
- Fracapani, M. 2004. *Panel, Responsabilidad y Salud*. Revista, Vida y Ética del Instituto de Bioética UCA. 19 de octubre. Argentina
- Fallowfield L. 1993. *Giving sad and bad news*. Lancet.
- Martín del Campo, Alfonso, et al. 2012. *How do specialist physicians transmit bad news? Study done at the Hospital General de México*. Revista Médica del Hospital General de México. abr-jun 2012. Vol. 75.
- Muñoz FA, Fernandez S, Parada E, et al. 2001. *Comunicación de malas noticias*. Rev Psiquiatría Facultad de Medicina. Barna.
- Payás A, Kubler Ross E. 2004. *Psicooncología*. Vol 1. Madrid. Asociación de Psicooncología de Madrid.
- Pérez Tamayo, Ruy. 2002. *Ética médica laica*. México. Fondo de Cultura Económica-El Colegio Nacional. México.
- Walter, F.B., Buckman, R., Lenzi, R., Globes, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. 2000. *SPIKES. A six-steps protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer*. The Oncologist.

Reasignación Legal de Concordancia Sexo-Genérica

Héctor Nebot García

Director general de Bio-Jurídica y secretario para la Promoción y la Creación de
Propuestas Legales en Bioética de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

La responsabilidad es una cara de la moneda, y la otra es la libertad.
Puedes tener las dos cosas juntas, o abandonarlas juntas.
Si no quieres responsabilidad, tampoco tendrás libertad,
y sin libertad no existe el crecimiento.
Puedes llevar una vida dichosa, pero no existen dos caminos, sólo uno:
ser tú mismo, seas lo que seas.

Osho

La discriminación puede entenderse como una conducta *culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales* (Zepeda, 2004, p. 19). Ciertas prácticas *inusuales* y algunos rasgos corporales típicamente vistos como desventajosos conforman los atributos clásicos que generan los estigmas y, por consecuencia, la discriminación.

Por ejemplo, los varones que usan atuendos femeninos, cuando solicitan una consulta médica en un servicio público de salud, se vuelven víctimas de mofas y vejaciones, y hasta puede suceder que les sea negada la atención. En este caso, el estereotipo es que los hombres no se visten con ropa femenina y seguramente quien lo hace posee algún tipo de “perversión sexual” y por lo tanto bien merecido tiene el *correctivo social* (Sandoval, 2008).



LO TRADICIONAL

Típicamente se pueden distinguir los siguientes tipos de discriminación hacia las personas con incongruencia de género (Sandoval et al., 2008):

Violencia física y psicológica

Durante la infancia, la presión es ejercida por los padres y demás familiares. La incompreensión puede causar el alejamiento del hogar. Durante la adultez, es común la agresión inflingida por parejas, miembros de la policía, pseudo-amistades, etc, esta violencia puede llegar al extremo de causar la muerte.

Falta de acceso a la educación

Las personas con incongruencia de género normalmente deciden abandonar sus estudios porque viven situaciones de violencia permanente dentro de las instituciones educativas.

Falta de acceso a trabajos dignos y adecuados a su nivel educativo

Una buena parte de la población con disforia de género se ve forzada a ejercer el sexo-servicio ante la negativa de contratación o, en el mejor de los casos, aceptan trabajos no acordes con su preparación educativa.

Dificultad para acceder a la impartición de justicia

Al considerarse que estas personas no son dignas de confianza puesto que en ellas se concentra algún tipo de enfermedad o patología, son vulnerables a actos de injusticia en procesos legales comunes.

Falta de acceso a servicios de salud

La seguridad social no cubre los procesos de reasignación sexo-genérica en personas transexuales por considerarlas “intervenciones estéticas”.

Falta de reconocimiento legal

De la identidad de género que las personas asumen (femenina o masculina), lo que implica un nombre y un sexo en su acta de nacimiento previamente determinado.

LO NUEVO

Dado que el Estado es quien debe velar por la seguridad –personal y jurídica- de los ciudadanos, en buen ánimo y tratando de disminuir la discriminación a que se refiere el último punto mencionado, el Código Civil para el Distrito Federal establece lo siguiente:

Artículo 135 Bis. Pueden pedir el levantamiento de una nueva acta de nacimiento por reasignación de concordancia sexo-genérica, previa la anotación correspondiente en su acta de nacimiento primigenia, las personas que requieran el reconocimiento de su identidad de género.

Se entenderá por identidad de género la convicción personal de pertenecer al género masculino o femenino, es inmodificable, involuntaria y puede ser distinta al sexo original.

La reasignación para la concordancia sexo-genérica es el proceso de intervención profesional mediante el cual la persona obtiene concordancia entre los aspectos corporales y su identidad de género, que puede incluir, parcial o totalmente: entrenamiento de expresión de rol de género, administración de hormonas, psicoterapia de apoyo o las intervenciones quirúrgicas que haya requerido en su proceso; y que tendrá como consecuencia, mediante resolución judicial, una identidad jurídica de hombre o mujer, según corresponda.

Se entenderá por expresión de rol de género, el conjunto de manifestaciones relacionadas con la vestimenta, la expresión corporal o verbal y el comportamiento.

Los derechos y obligaciones contraídas con anterioridad a la reasignación para la concordancia sexo-genérica no se modifican ni extinguen con la nueva identidad jurídica de la persona.

Cuando se promueve el juicio de reasignación legal de concordancia sexo-genérica, se demanda judicialmente al C. director del Registro Civil la rectificación y levantamiento de una nueva acta de nacimiento, por lo que el rector de dicha dependencia se convierte en el adversario de quien hace la solicitud. Hasta antes de la reforma en 2008, los argumentos de oposición y defensa del Registro Civil eran los siguientes:

- La persona (transexual) es un enfermo mental, padece una psicopatología que requiere urgentemente tratamiento psicológico y no una rectificación de acta.
- La persona transexual desea realizar la modificación de su acta de nacimiento para ostentarse con doble personalidad y así poder realizar conductas (posiblemente) delictivas.
- Lo que determina el sexo de un individuo es la parte biológica inherente a la morfología propia de sus órganos externos e internos, de acuerdo con la información genética recibida al momento de la concepción humana, por tanto el tratamiento al que está siendo sometido es sólo para darle gusto al capricho y a la aberración, ya que su sistema endocrino, así como su genética, son y serán por el resto de sus días los de un hombre, por lo tanto de accederse tal petición sería ir contra natura y contra las disposiciones de orden público.
- El cambio que puede estarse produciendo debido al consumo de hormonas femeninas y las cirugías, es únicamente tendiente a cambiar o alterar su apariencia física y material (Flores, 2013).

EL DIAGNÓSTICO MENTAL

Por su parte, el DSM-5, acrónimo en inglés del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales*, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA,

en sus siglas en inglés), recién publicado en el mes de mayo de 2013, ha eliminado el capítulo de Trastorno de Identidad de Género y ha creado uno nuevo denominado “Disforia de Género”, eliminando dicho diagnóstico de las disfunciones sexuales y parafilias (American Psychiatric Association, 2013, DMS-5) (Moran, M. 2013).

La explicación de mantener dicha condición en el citado Manual bajo una nueva categoría denominada “Disforia de Género” sin patologizar tal comportamiento, se deriva precisamente de la necesidad de disminuir la estigmatización de los individuos que experimentan una sensación de incongruencia de género sin perjudicar su acceso a los servicios de salud, (American Psychiatric Association, et al., 2013, DMS-5).

Jack Drescher, puntualizó en la publicación que hizo en la revista *Psychiatric News: Decidimos que el acceso a los servicios de salud son muy importantes*, este médico forma parte de un grupo que ayudó a formular los criterios de la Disforia de Género, agregando a su discurso: *Si retiramos el diagnóstico, no tenemos bases para su tratamiento* señaló (Moran, 2013).

LOS TRIBUNALES

Por otro lado, el criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha decantado últimamente en el siguiente sentido:

Reasignación sexual: preeminencia del sexo psicosocial frente al morfológico para respetar a plenitud los derechos de identidad sexual y de género de una persona transexual.

Ante los factores objetivos y subjetivos que definen a una persona, se advierte que tratándose de su identidad sexual y de género, se presenta en la realidad una prelación o preeminencia del factor subjetivo (sentimientos, proyecciones, ideales), sobre sus caracteres físicos o morfológicos (factor

objetivo), de manera que derivado de la compleja naturaleza humana, que lleva a cada individuo a desarrollar su propia personalidad con base en la visión particular que respecto de sí mismo tenga, debe darse un carácter preeminente al sexo psicosocial frente al morfológico, a fin de respetar plenamente los derechos de identidad sexual y de género de una persona transexual, al ser aspectos que, en mayor medida, definen tanto la visión que la persona tiene frente a sí misma como su proyección ante la sociedad.



HABLEMOS DE BIOÉTICA

Desde niños, aprendemos a discriminar según los modelos establecidos. Cuando se incursiona en la Bioética seriamente, los modelos tradicionales cambian, ya no nos son *intrínsecos*, y nos abrimos a la transdisciplinariedad.

BÍOÉTICA PRINCIPIALISTA

Desde el punto de vista de la *Bioética Principialista*, la oportunidad de los que viven con disforia de género, específicamente por lo que toca a la capacidad de obtener una nueva acta de nacimiento ajustada a

la *realidad*, disfruta ampliamente de todos beneficios de los principios de la Bioética clásica:

Autonomía: proporciona a las personas con disconcordancia entre los aspectos corporales y su identidad de género, la seguridad de que su dignidad y su persona serán reconocidas y respetadas por el Estado.

Beneficencia: sin duda el reconocimiento jurídico de las personas que se sujetan a la reasignación para la concordancia sexo-genérica les concede la posibilidad de realizar trámites administrativos y legales como cualquier persona. También les beneficia en el aspecto psicológico, clínico, educativo y familiar.

No maleficencia: en este punto no hay más que agregar: no existe mayor maleficencia que la segregación social de los individuos por cualquier motivo. Así, un nuevo pensamiento incluyente nos convierte en mejores personas a todos.

Justicia: al permitir que los sujetos se ajusten a su realidad, la justicia opera con toda su fuerza, ofreciendo las mismas oportunidades. No basta el argumento moralista -ni ningún otro- para justificar la arbitrariedad.

BIOÉTICA PERSONALISTA

Desde el punto de vista de la Bioética Personalista, el apoyo a las personas con disforia de género es necesario ya que resulta esencial la protección del individuo como un ente provisto de *espíritu* desde el momento de la Concepción hasta la muerte: *...cada espíritu individual -entendiéndose que esta individualidad dura todo el manvantárico ciclo de vida -se puede describir como un centro de conciencia, un centro autosaciente y autoconciente; un estado, no un individuo condicionado* (Blavatsky, 1877).

El Personalismo considera que las personas gozamos de un invaluable e intrínseco valor, simplemente por nuestra ineluctable esencia espiritual:

El ser persona no se puede definir mediante características cualitativas comunes a la especie: quienes somos no es exactamente idéntico a lo que somos. Las personas no son algo que existe, sino alguien. Persona no es por tanto un concepto que califica la pertenencia de un individuo a una especie, sino que indica más bien la forma original en la que los individuos de la especie humana participan de su humanidad. Hablar de persona es indicar una dignidad peculiar de la existencia que tiene un valor de finalidad que se debe afirmar por sí mismo y nunca usar como medio para otra cosa. Lo que es irreductible personal en el otro y lo que constituye su dignidad es su subjetividad. El personalismo contemporáneo ha afirmado con fuerza que la persona no puede ser reducida a la categoría de objeto, sino que debe ser considerada como sujeto (Tarasco, 2007).

El personalismo se basa de que *la persona no es sus rasgos cualitativos, aunque sean los de su especie* (Tarasco, et al, 2007, p. 63) porque *quienes somos no se identifica evidentemente con lo que somos* (Spaemann, en Tarasco, et al. P. 63).

Así, la esencia del ser humano no es sino cualitativa y no está vinculada al determinismo biológico ya que, rebasando su causalidad, el individuo participa en la dimensión espiritual que supera la dimensión biológica de su existencia (Tarasco, et al, 2007).

De hecho, partiendo del punto de vista personalista, una de las herramientas más importantes para el desarrollo de la personalidad es la libertad y la defensa de la dignidad humana:

Lo que es bueno para las condiciones embrionarias no necesariamente es bueno para las condiciones de la vida adulta, y viceversa. La persona humana, como ente que deviene, tiene por realizar diferentes bienes que le son propios: de la defensa y promoción de su existencia a la defensa y tutela de su personalidad y de su espiritualidad inmanente (Pessina, 2007, p. 69).

Como se observa, una de las finalidades de la Bioética es otorgar a todas las personas, independientemente de su condición, las he-

rramientas necesarias para su libre desarrollo psicosocial ya que, recalquemos, de la dignidad se deriva la capacidad para ejercer plenamente la libertad sin discriminación.

Concluyendo: un ejercicio para el desarrollo de nuestra propia autonomía moral es dejar de juzgar a las personas; nadie posee la facultad de erigirse inquisidor de los demás y toda imposición a la capacidad interna de fluir libremente hacia lo que consideramos nuestro propio bien deberá ser rechazada con todo el vigor de nuestra voluntad.☞

Referencias Bibliográficas

-American Psychiatric Association. 2013. *Gender Dysphoria*. American Psychiatric Publishing.

-Blavatsky, H.P. 2006. *Isis sin Velo*, Tomo I. Ed. Colofón. México.

-Flores Ramírez, Victor Hugo. *Del apartado Registro Civil. Transexuallegal*. O.S.C. Revisado el 20 de junio de 2013. www.transexuallegal.com.

-*Gender Dysphoria*. 2013. American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing. Mayo.

-Moran, Mark. 2013 *New Gender Dysphoria Criteria Replace GID Psychiatric News*. Volumen 48 número 7. p. 9-14 DOI: 10.1176.

-Pessina, Adriano. 2007. *La Cuestión del método desde la perspectiva de la Bioética Personalista*. En Comités Hospitalarios de Bioética. Martha Tarasco Michel. Ed. Manual Moderno. p. 69.

-Rodríguez Zepeda, Jesús, 2004. *¿Qué es la Discriminación y cómo Combatirla?*. México. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Cuadernos de la Igualdad Núm.4, pp. 19.

-Sandoval Rebollo, Érica Marisol. 2002. *México: en Búsqueda del Reconocimiento de la Identidad de Género y la Lucha Contra la Discriminación*. Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas. Documento de Trabajo No. E-12-2008. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. pp. 57.

-Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo directo 6/2008. 6 de enero de 2009. Once votos. Ponente: Sergio A. Valls Hernández. Secretaria: Laura García Velasco. El Tribunal Pleno, curso, aprobó, con el número LXXI/2009, la tesis aislada que se menciona. México, Distrito Federal, a diecinueve de octubre de dos mil nueve.

-Tarasco Michel, Martha. 2007. *Comités Hospitalarios de Bioética*. Ed. Manual Moderno. México

De la Ciencia a la Conciencia



La laicidad de la bioética

Ana María Millán Velázquez

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

Con el objetivo de relacionar a la Bioética con el laicismo y con la vida cotidiana, tomo como referencia varias obras, para poder justificar uno de los principios fundamentales de la bioética que garantiza la libertad, la inclusión y el pluralismo de una sociedad: su laicidad.

El laicismo en el ámbito de la Bioética es la expresión del principio histórico de separación del Estado y las Iglesias, así como de un conjunto de normas que, por un lado, impiden al Estado establecer preferencias o privilegios a favor o en contra de religión alguna y, por otro, de la garantía de la libertad de creencias, o bien en su postura neutral que reconoce la libertad pública de conciencia y de religión para algunos cultos, siendo imparcial en esta materia (Ley de Asociaciones Religiosas, 1992). En un país como el nuestro todo ciudadano puede tener o adoptar la creencia religiosa de su preferencia, o bien no profesar creencia religiosa alguna, y no ser objeto de discriminación, coacción u hostilidad por causa de tales creencias religiosas, ni ser obligado a declarar sobre ellas, como lo manifiesta el Artículo 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El laicismo responde a las necesidades de una sociedad, que aspira a asegurar la libertad de conciencia, a afianzar una forma de gobierno y un sistema de vida democrática, en los que se exprese el pluralismo social y político, buscando respetar plenamente los derechos humanos de las personas (Blancarte 2008). Además, esto ha hecho posible la superación de conflictos sociales que en otras épocas dividieron profundamente a las comunidades (recordemos por ejemplo la persecución de cristianos y protestantes o la santa inquisición). Por otra parte, comprende también la necesidad de reconocer la diversidad y de respetar los derechos de las minorías.



Asimismo, el Estado laico garantiza la libertad de conciencia, por ello no adopta ni se opone a los credos de las diversas religiones. Advertamos, si el Estado adoptara algún credo religioso y quisiera imponerlo a los ciudadanos, violaría la libertad de creencias de aquellos que no comulgan con ese credo, y con ello, sus derechos humanos, pues al adoptar una religión se negaría la libertad de unos y la igualdad de todos.

En la actualidad esta laicidad está marcada en el campo educativo, ya que el laicismo en la educación hace suyos estos principios democráticos y con ellos garantiza el principio de igualdad jurídica de todos ante la ley. Nuestro marco constitucional y legislativo satisface las necesidades de mantener una educación laica, con libertad de creencias y pluralismo en todos los terrenos.

El Artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, contiene una clara orientación social, humanista y democrática de la educación. Establece con claridad los principios como fines de la educación nacional, entre los cuales sobresalen: el aprecio por la dignidad de la persona, la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad; los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de raza, religión, grupos, sexos o individuos; el amor a la patria, la solidaridad internacional en la independencia y la justicia; la democracia y el nacionalismo, a fin de fortalecer una conciencia favorable a los derechos humanos (Limón Rojas 2013).

Asimismo, menciona que recientemente se ha llevado a cabo una reforma en los planes y programas de estudios de la educación básica para reforzar la formación cívica y ética de los educandos. Afirma, que se trata de fomentar una cultura nacional incluyente, en la que conviven los distintos modos de entender la vida, y de atender en el ejercicio responsable de su libertad, las exigencias que les plantea la vida en sociedad (Limón Rojas

2013). Sin embargo, su eficacia pedagógica depende de que se logre que los educandos entiendan que su dignidad y la de los demás son iguales, y de que aspiren a relacionarse con los otros de manera libre y justa. Por lo que, no basta solo el enunciado de valores y principios, sino que es necesario proporcionar los elementos indispensables que le permitan convertir este “conocimiento” en “forma de vida”.

Esto es, generar la necesidad de reflexionar sobre el sentido y las consecuencias de los actos que la Bioética establece como una forma de perfeccionamiento, *en la medida en la que revisa sus propios actos de manera crítica, podrá mejorarse continuamente como persona* (Sgreccia, E. 1996). Esto solo es posible en un ambiente de libertad, de la cual la Bioética es sostén y salvaguarda, porque es una disciplina que analiza el comportamiento del hombre ante la vida y la salud, basada en principios universales de la ética, a fin de proteger la dignidad de las personas.

Vale mencionar que el enfoque de una Bioética Laica no significa que sea antirreligiosa, más bien, circunscribe y respeta todas las creencias religiosas, como un derecho del hombre a pertenecer al credo religioso de su preferencia, tiene carácter universal e incluyente. No cuestiona los fundamentos de las religiones, ni se basa en ellos, más bien, toma en cuenta la experiencia científica, los avances tecnológicos, los contextos sociales, y primordialmente los hechos concretos, para relacionarlos entre sí y contar con más elementos para sugerir el mejor curso de acción que beneficie a todos. Elimina totalmente la influencia dogmática y se ubica en la beneficencia, la solidaridad, el respeto, la libertad y la justicia.

Juliana González, menciona que: *dentro de este amplio marco histórico y cultural se justifica la necesidad de una bioética laica, acorde con los tiempos, basada en una ética rigurosamente filosófica, racional, objetiva,*

plural, democrática, que incorpore críticamente los nuevos conocimientos y capacidades de las bio-ciencias y las bio-tecnologías, sin partir de supuestos teológicos ni religiosos en general.

La Bioética Laica brinda una postura universal e incluyente, amplía los horizontes espirituales de las personas y proporciona conocimientos que dan la posibilidad de comprender mejor el mundo, con sus diferentes creencias y costumbres, y que estas sean acordes con la dignidad y los derechos de las personas. Alienta la tolerancia a la diferencia (González, J.).

Tanto la Bioética como la religión buscan beneficiar a las personas, pero con fines diferentes, que responden a necesidades humanas distintas: la bioética busca proteger la dignidad de las personas y las iglesias proteger las almas de los creyentes.



En nuestra cultura las creencias religiosas tienen un lugar relevante, por lo que debemos considerar la manera como éstas deben ser abordadas y tratadas. En este sentido, la práctica de la Bioética en los servicios de salud se basa en principios y valores universales, para evitar los conflictos religiosos que muchas veces pueden dañar a los pacientes por tener un origen dogmático. Un ejemplo claro es la atención a pacientes Testigos de Jehová, que ponen en jaque a los médicos cuando por su religión no aceptan una transfusión sanguínea aunque

en ello se vea en riesgo de perder la vida, enfrentado al personal de salud a un dilema de tipo moral, ya que el propósito de ejercer el conocimiento, habilidades y actitudes para el mantenimiento y recuperación de la salud, así como evitar una muerte prematura de los pacientes se ve obstaculizada por cuestiones religiosas (Perez, R. 2002).

La bioética a través de los Comités de Bioética, brinda a los trabajadores de la salud y a la sociedad en general las herramientas conceptuales y de juicio que ayuden a examinar el conjunto de principios y valores que guían la conducta, para sustentarla, según los criterios que libremente se vayan formando en el proceso del análisis, de modo que pueda hacer compatibles sus convicciones, con los imperativos religiosos del paciente en particular, buscando la concordia, en aptitud de hacer valer su libertad de conciencia ante la sociedad y buscar en lo posible respetar las particularidades, proporcionando las bases que ayuden al profesional de la salud a tomar decisiones que realmente beneficien a los pacientes.

La bioética a través de la argumentación proporciona al profesional nociones y saberes a fin de que construya explicaciones y respuestas para las grandes interrogantes que lo inquietan, y para poder elegir con fundamento las propuestas a las que se adhiere y sobre las cuales se edifica. En síntesis, la neutralidad en materia religiosa en las unidades de salud, ha sido un asunto de moral pública y al mismo tiempo, un principio ético que permite preservar la libertad de conciencia, superar los conflictos religiosos e impulsar la sensibilidad. Así, cuando los profesionales de la salud se enfrentan a conflictos de valores, se encontrarán mejor preparados para decidir y asumir su responsabilidad. Dando como resultado ser capaces de reconocer, en contextos y circunstancias variables, la necesidad de discernir, decidir y actuar conforme al criterio bioético, para reflexionar con la mayor prudencia posible los hechos y las circunstancias, antes de tomar decisiones.☩



Referencias Bibliográficas

-Blancarte, R. 2008. *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo*. México. El Colegio de México: Centro de Estudios Sociológicos.

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Secretaría de Gobernación. 1997. Art. 3º Constitucional.

-González, Juliana V. *Razones ético-filosóficas de una bioética laica*. UNAM.

-Hastin Center. 2007 *Los fines de la medicina* (2ª Edición). Barcelona. www.fundaciogrifols.org. Consultado el 17 de noviembre de 2013.

-Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público. *Diario Oficial de la Federación*. México. Órgano de Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. 1992.

-Libro de Texto: *Bases Filosóficas, legales y organizativas del Sistema Educativo Mexicano*.

-Miguel Limón Rojas. 2013. *Educación Laicismo y vida cotidiana*. Consultado el 17 de septiembre de 2013 en <http://www.libertadeslaicas.org.mx/images/stories/articulos/08/01/02/080102017.pdf>.

-Pérez Tamayo, Ruy. 2002. *Ética médica laica*. México. Fondo de Cultura Económica-El Colegio Nacional. México.

-Sgreccia, Elio. 1996. *Manual de Bioética*. Editorial. Diana México.

La voluntad como vía de encuentro con los valores humanos

María Elena V. Escalona Franco

Coral Herrera Herrera

Dirección de Fortalecimiento de los Valores Universitarios
de la Universidad Autónoma del Estado de México

Cualquier sociedad basa sus cambios en la capacidad de sus individuos ante las transformaciones y la educación, por ello, la responsabilidad ante la comunidad y por la comunidad es un acto que no podemos soslayar y mucho menos cuando se es un ciudadano que goza de las ventajas y desventajas de la vida en la ciudad.

Uno de los grandes espacios de nuestra sociedad es la educación, disfrutar de los beneficios de una educación laica y gratuita nos arroja a tomar como nuestra la responsabilidad del manejo de las ideas que mejoren nuestro entorno, de ahí, la responsabilidad social de ser individuos libres para seguir la vocación que nos señala como profesionales y profesionistas.

Reflexionemos un poco sobre la secuencia que nos permite dar cuenta de los actos que mejoran nuestro día a día. La vida como acontecimiento se nos muestra cuando hacemos conciencia sobre el respirar, al dormir, al poder disfrutar de una naturaleza primera que nos muestra los diferentes signos del paso del tiempo; el acto de pensar

lo disfrutamos cuando podemos interpretar signos, señales, indicios, símbolos que abren a nuevos horizontes: leer, escuchar música, ir a un museo, resolver problemas que plantean las diferentes ciencias, disfrutar de las ventajas sociales, todo es uno: pero hay algo más, el acto que tiene que ver con nuestros ideales, nuestras metas espirituales, con nuestras virtudes; acto y acción que son llevados a cabo por la voluntad en plena libertad de decidirse a ser mejor y mejor cada día.

El acto *volitivo* (voluntad) es un acto de elección, en él se encuentran el pensamiento motor y el deseo inteligente. Confluyen en asombrosa precisión la capacidad de autoconocimiento (experiencia) con el poder sobre el sí mismo, conjugando una adaptación externa que seguirá a un esfuerzo interno. Aparece la virtud, gana en el constante ejercicio de actos de esfuerzo, actos en los que todos hemos vivido.

Recordemos nuestros pasos por la primaria, la secundaria, por las clases de matemáticas, de gramática, de física, aprender a leer



buscando significados, aprender a nadar, andar en bicicleta, todos son actos de voluntad que han dado forma a nuestro carácter.

El hombre es un ser que se hace. La virtud, más que una cualificación moral, es una posibilidad de ser. Cada uno la genera en sí mismo, o no la genera, y de este modo hace o deshace su ser, así lo señala Eduardo Nicol, uno de esos grandes filósofos trasterrados que desde su cátedra en la Universidad Nacional Autónoma de México educó a tantas generaciones de grandes mexicanos.

Eduardo Nicol en su maravilloso libro titulado *La idea del hombre* nos señala la gran responsabilidad que se tiene al construirse como ser humano, no se nace humano hay toda una construcción para llegar a serlo.

Y esta construcción está dirigida por el deseo, voluntad de ser, acción que dirige, como hemos dicho, nuestras respuestas, nuestras vocaciones. Existe en cada uno de nosotros una vocación de ser en el mundo, un carácter que no impele a la continua

mejora de nuestro carácter (*éthos*), somos generadores de cambio, sin él no sería posible existir, se devine generador, motor, dínamo.

Devenir es generar-se, dirá Nicol, aceptar que somos seres mutables, requerimos enfrentar una metamorfosis, tenemos la potencia para lograrlo. Pensemos, recordemos, el hombre ha llegado de un estado larvario (siglos y siglos hasta llegar al siglo XVII) a un estado de capullo (los últimos siglos), el individualismo recalcitrante (el mundo globalizado) que ahora necesita entender que éste estado en capullo debe de terminar, enfrentarnos a un estado de madurez humana que será el origen de una nueva visión del mundo y con ello un nuevo proceder, nacido de la conjugación de nuestras herencias comunitarias, contextuales e identitarias; a la par de la aceptación de nuestras pulsiones y biología en modificación natural y normal. Somos seres mutables y mutantes, de otra manera no hubieramos podido sobrevivir e inventarnos la cultura.

Entonces, ¿Cuál es la idea que tenemos de nosotros? ¿Un ser acabado? ¿Individuos dominados por sus pulsiones y por el manejo que la mercadotecnia hace de ellas?. Nosotros como ciudadanos tenemos que poner a funcionar nuevos horizontes, asumir que se nos ha otorgado el tiempo, el espacio, y las herramientas para poder acceder a lo que se ha llamado “la virtud prudente del entendimiento”, estamos respondiendo a una vida basada en el conocimiento, el grupo humano, la comunidad, la tradición son el gran bastión generador de éstos conocimientos, tenemos la oportunidad de aprender, aprovechar, crear, saber; inmersos en una acción auto creadora que nos mueve:

El hombre, pues, se genera y re-genera a sí mismo por la fecundidad de su alma: deviene (como su cuerpo) produciendo su virtud. La existencia humana es auto-producción, tanto en lo corpóreo como en lo anímico, considerados aparte el uno del otro, y por ende en la unidad de los dos (Nicol: 404).

Estamos llamados a construir grandes cosas, hemos luchado por la libertad, la autonomía, la responsabilidad y el respeto, podemos dar cuenta de la génesis de la que hemos sido parte y consecuencia porque

somos seres de praxis, hemos transformado nuestro planeta (para bien como para mal) nos hemos revelado a nuestros instintos primarios y somos generadores de cultura, conocimiento, comodidad, riqueza humana, vocación definitivamente humana. Sabemos que nuestro motor es el *eros*, *eros* como esa otra cara de la misma moneda vital, *eros-tánatos*, luz-sombra, principio-fin, nacimiento -muerte, *eros*, luz, principio, nacimiento, vida, evolución:

Porque el eros no es tan sólo una facultad dada en el hombre; es una vocación. Su actividad genética es significativa y/o productiva en el orden de la libertad; de suerte que el producto inicial es el cambio que el eros produce en el productor mismo, y este resultado es tan variable como los caminos de la acción (Nicol: 408).

Voluntad y libertad, virtudes que se deben de cuidar, fortalecer y practicar, proceder que nos hace humanos.

Por ello, términos como acto, elección, van dirigidos a una consecuencia: Voluntad, responsabilidad, respeto, virtudes que se deben de cuidar, fortalecer y practicar, proceder que nos hace humanos. Valores que nos deben de impregnar como ciudadanos.☩

Referencias Bibliográficas

-Nicol, Eduardo. 1974. *Metafísica de la expresión*. Edit. Fondo de cultura económico. México.

Moral, Ética y Comunicación en Bioética

Enrique Domville Domville

Comisionado de la Comisión Estatal de Bioética de Oaxaca

Moral y Ética

Moral es la vivencia cotidiana de adhesión a valores, principios y normas a partir de los cuales juzgamos los actos como correctos/incorrectos. Indirectamente juzgamos a las personas por sus actos, puesto que el juicio moral recae sobre sus acciones. Una acción buena es necesaria, pero no suficiente para decir que el agente es bueno.

La Ética es filosofía moral, es decir, reflexión crítico-racional sobre la moral. La ética recopila las distintas morales de la historia, que se interroga sobre: si las morales son legítimas, si tienen razón de ser y si dicha razón es correcta. Las morales son vivencias cotidianas, hechos estudiados por ramas afines. La ética, no se limita a constatar los hechos sino que se pregunta, más allá de su vigencia por su validez.

En las comunidades humanas existen conductas aceptadas, también existen formas de vida que son rechazadas porque no promueven el bien de las personas y de la comunidad. Discernir cuáles son unas y otras no es fácil porque la perspectiva desde donde se juzgan los hechos no es siempre la misma; por tanto, es preciso reconocer el pluralismo de los códigos éticos (no son sinónimos).

Desde siempre los hombres han tenido una búsqueda de principios morales de carácter racional y universal ante los que someter a juicio sus acciones. Las personas orientamos nuestra vida por valores: para conocer nuestra identidad personal y la de una sociedad es fundamental saber qué valores son los preferidos, porque ellos configuran nuestro modo de ser y de actuar.

Estudiamos ética no para saber más sino para ser mejores; hacemos ética porque el saber moral espontáneo no nos parece suficientemente, necesitamos un criterio lo más objetivo y universal posible, que nos permita superar nuestros prejuicios y subjetividades y evitar que la pasión nos ciegue. La conciencia moral es la capacidad de darse cuenta de lo que se hace, de las consecuencias de lo que uno hace, con relación a los demás y para consigo mismo y del por qué último, porqué se hace. Tomar conciencia, es un proceso de tres pasos:

Primero: tomar conciencia de los valores y hábitos.

Segundo: autocrítica, reflexionar sobre la razón de ser de esos hábitos y de la adhesión a tales valores.

Tercero: según sea el juicio ético del segundo paso, abandono paulatino del hábito, o reforma o asunción plena desde el convencimiento.

La ética tiene éxito cuando se convierte en moral y en hábitos, dicho éxito ha de ser el objetivo al que debe tender la educación: enseñar a pensar, a replantearse lo que a uno le han hecho pensar, para acabar pensando por sí mismo.

Como conclusiones de esta distinción entre ética y moral podemos afirmar:

1. La moral pregunta qué he de hacer. La ética pregunta por qué lo he de hacer.

2. Lo que la ética exige en su reflexión crítica a las morales es que las normas/costumbres sirvan a la forja del carácter.

3. La ética estudia las morales para legitimarlas, por lo que no cualquier moral es legítima, aunque la gente siga esa moral.

4. La ética tiene que volverse un hábito para alcanzar una evolución de la conciencia moral.

Hay quienes abogamos por el discurso ético porque consideramos que es posible un juicio objetivo sobre las morales. La superioridad de quien defiende la posibilidad de un criterio ético universal, transcultural, reside en la contradicción que una persona puede, como ser racional, quedar convencida de una verdad y sin embargo, decidir actuar en sentido contrario a esa verdad.

En los procesos de enseñanza-aprendizaje como señala Piaget y Königsberg se deben modificar los sistemas en adultos y niños, para generar hábitos y entrenamiento en la toma de decisiones y poder razonar el por qué de la actuación aunque no compartan las ideas de quienes no piensan ni obran igual que él.

En respuesta a esto se genera la administración por objetivos, las diferentes opiniones y conocimientos se vuelven la riqueza intrínseca para lograr el objetivo.

Kant considera evidente que los seres humanos desean ser felices y que para lograrlo han de hacer uso de una razón prudencial y calculadora; sin embargo el único motivo que hace moralmente buena a la persona es el sentido del deber como lo enuncia su imperativo categórico.

- *Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal.*
- *Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio.*
- *Todas las máximas, por propia legislación, deben concordar en un posible reino de los fines.*

Si las personas somos capaces de darnos normas morales, que nos permiten superar nuestro egoísmo y asumir la perspectiva de la universalidad.

Son autónomos porque no se rigen por lo que le dicen, pero tampoco sólo por sus apetencias o por sus instintos, que al fin y al cabo él no elige tener, sino por un tipo de normas que cree debería cumplir cualquier persona, le apetezca o no cumplirlas.

El esfuerzo personal, la utilización de la razón, el bien común y el respeto que de manera individual debemos llegar a la lícita aspiración de la búsqueda de la felicidad y convivir en el mundo que podremos heredar, mejor que el que nos fue legado.

Comunicación

Desde que el hombre habita el planeta ha existido la comunicación, la cual ha ido al parejo con la evolución. La comunicación responde a los órganos de los sentidos como la vista, el oído, el habla, el olfato y el tacto, además de las expresiones corporales que transmiten información.

Las sociedades inventaron el lenguaje para comunicarse y poder transmitir su historia, experiencias, vivencias y tradiciones, el grupo social designaba a los portadores de la tradición con la obligación de transmitirla a siguientes generaciones, esto influyó en la evolución hasta aparecer la escritura donde la información se conserva, generando la comunicación escrita que poco a poco ha ido sustituyendo la tradición oral que en muchos lugares aun se conserva.

La escritura cuneiforme surge en Sumeria hacia el 2600 a. C. posteriormente se crea el alfabeto y se comienza a obtener información escrita. La comunicación es un elemento que utilizamos desde el nacimiento hasta la muerte, en los estilos de comunicación es necesario considerar, un emisor y un receptor, el emisor nos va a decir lo que quiere comunicar y el receptor debe entender lo que el emisor quiso decir, por lo que consideramos que la comunicación humana es *sintáctica* (se transmite información mediante códigos), *semántica* (significado de lo comunicado) y *pragmática* (lo más importante es la comunicación no verbal). De acuerdo a Shannon y Weaver el emisor codifica, envía el código y el receptor decodifica. La comunicación no verbal también es comunicación, los niveles de contenido en las relaciones de comunicación a lo que hacen referencia es a lo que se transmite codificado, por lo que el contenido en las relaciones es el cómo (Fiske, J. 1985).

La comunicación es un arte que debemos aprender a fin de llevar a cabo objetivos específicos, en la rama médica existen

dimensiones cognoscitivas “literatura médica”, la *técnica* : aplicación de estos conocimientos, la *integrativa* : en donde el receptor es el médico y adquiere habilidades, y la incorporación de un juicio científico, clínico y humanístico aprendiendo a manejar la incertidumbre; en la *contextual* : debe aprender a manejar conflictos, a trabajar en equipo, enseñar a pacientes, estudiantes y colegas, en la *relacional* : el respeto y la tolerancia a la ambigüedad. La comunicación afectiva y moral es la responsable ante los pacientes y la sociedad, en los ámbitos mentales, curiosidad, crítica, capacidad de atención, observaciones de los propios pensamientos y la habilidad de voluntad de reconocer y admitir errores.



La comunicación está enrolada en la supervivencia y es fundamental para la adaptación, regula o estimula el proceso mental de ideación por lo que el enfermo tiene ante sí tres ámbitos de pensamiento en donde *piensa* en una patología (Infarto), *sensorial* : sudoración, palpitations y mareos, *comportamiento* : acudir al hospital. El sistema nervioso central está diseñado conjuntamente con el sistema endócrino; el sistema inmunológico con las funciones de estabilidad del cuerpo humano; el sistema nervioso recibe toda la informa-

ción y la distribuye para los estímulos que se requieran, consideramos que la información puede provocar emociones primarias y secundarias: alegría, euforia, éxtasis, entusiasmo, gozo, bienestar, ira, rabia, cólera, odio, indignación, furia, miedo, temor, pánico, susto, vergüenza, timidez, tristeza, frustración, melancolía, pena, soledad, asco, aversión, repugnancia y rechazo.

Las raíces de la ira se encuentran en una tendencia biológica ante la sensación de ataque y esto conlleva a un cambio muscular, respiratorio y vascular, además de la comunicación a través de gesticulaciones; el miedo y la ansiedad tienen la función básica de supervivencia; la vergüenza aparece cuando la dignidad propia se ve amenazada o hay un menosprecio por otros o aparece por un sentimiento de culpa; la tristeza se asocia a vivencias de pérdida, ya sea de objetos, personas o ideales.



Una vez analizado lo anterior, llevar a la práctica las técnicas y habilidades de comunicación en la consulta profesional tienen varias fases: *inicial* en donde la comunicación no hablada es el primer contacto y con esto se establece la relación,

para poderla llevar a cabo, cualquier tipo de comunicación interpersonal deberá prepararse repasando la información disponible y concentrarse para el establecimiento de la buena relación, el recibimiento, la cordialidad, la sonrisa y decir quiénes somos es muy importante, referirse a la otra parte por su nombre y mantener el contacto ocular, identificar el motivo de la consulta mediante el uso de preguntas abiertas ¿En qué puedo ayudar? ¿Dígame cual es el motivo de su visita? en muchos casos vamos a obtener la comunicación no verbal y la *paralingüística*; la observación entre emisor y receptor va a permitir hacer un juicio a través de la comunicación no verbal porque básicamente ofrecerá información sobre sus emociones. Hay una serie de facilitadores que permiten incrementar el nivel de comunicación: asentimiento con la cabeza o señalamientos, de éstos la empatía es tal vez el más importante por transmitir porque estamos recibiendo el estado real de lo que la persona está viviendo.

La realidad física es diferente a la realidad perceptual y las personas pueden percibir en forma diferente en el mismo acontecimiento, por lo que siempre debemos examinar los diferentes niveles de conducta, percepción y relaciones; pueden existir símbolos ambiguos con lo cual la interpretación se prestará a confusión y no podrá llevarse a cabo el fin, pudiendo romperse el objetivo que se está intentando establecer en la comunicación, es importante separar la realidad física de la perceptual.

Podremos establecer que la comunicación es un proceso, y un proceso es una interacción continua de muchas variables, en cada una de las variables afecta a otra variable y cada una de éstas está influenciada por otra variable. Variables son algo que cambia y afecta a una cosa, por ejemplo: la temperatura es algo variable; la selección de variables en la comunicación es lo que da la madurez del estado de la misma y evitar la mala información entre el emisor y el receptor, por

lo que con estos datos podremos alcanzar la meta aunque las ideas no sean similares, fortalecer un vínculo para alcanzar un objetivo determinado sobre todo en los campos de la salud y la investigación y evitar el imponer sobre la realidad las consideraciones de interés personal que puedan dañar el origen del objetivo, por lo que debemos entender que en la comunicación suceden muchas cosas en la misma persona, en la situación y el ambiente que los rodea con otra persona.

Campoamor menciona: *nada es verdad ni es mentira, todo es según el color del cristal con que se mira* (Dario R. 1907).

Comunicación entre médico y paciente

La comunicación es el primer ingrediente en la relación médico paciente, de esta interacción depende, el diagnóstico, el tratamiento y sobre todo la adherencia al tratamiento propuesto.



En artículos previos hemos descrito las fases de la comunicación y sus problemas, además influye la comunicación visual con todas sus variables y cada una tiene otras variables más por lo que la comunicación se torna complicada, en este tipo de relación el sentimiento de indefensión del paciente ocasionada por la patología motivada de la consulta modificada por información previa de lecturas y anécdotas, las cuales en la mayoría de los casos son negativas, ya que el ser humano da más valor a los hechos negativos difíciles que a los sencillos que carecen de sensacionalismo haciendo que su respuesta emotiva sea diferente, por lo que el prestador de servicios debe considerar estos elementos. El médico deberá presentarse, ser cortés y amable, iniciar con: ¿Qué puedo hacer por usted? y ¿En qué puedo ayudarlo?.

La escucha atenta de la otra persona nos debe permitir sentar las bases para dar una respuesta a la demanda que se nos formula como profesionales. En ocasiones se puede acceder a los deseos del paciente, pero en otras nos es imposible porque no existen recursos adecuados, porque no hay evidencia determinante o bien porque desconocemos la solución más apropiada.

Básicamente llegado este momento, en esta fase es altamente recomendable llevar a término la asertividad. A continuación describimos los principales puntos en que el profesional actúa:

Adaptar el mensaje al paciente:

ajustar los mensajes asistenciales de acuerdo con las necesidades y la predisposición del paciente al tratamiento, corregir conceptos erróneos, paliar el déficit de conocimientos, correlacionar los mensajes con los miedos o preocupaciones manifestadas previamente, respetar las creencias y las experiencias anteriores.

Utilizar el diálogo con preferencia al monólogo, evitar hacer preguntas cerradas.

Evitar el uso de lenguaje técnico: utilizar un lenguaje entendedor para una persona con el ambiente cultural, edad, nivel intelectual y educativo adecuado.

Ser conciso: evitar explicaciones excesivamente largas o repeticiones innecesarias y vacías de contenido.

Ser concreto y específico: explicaciones directas, concretas y precisas.

Organizar la información por orden de importancia: por temas, por ejemplo: según el problema médico, por la categoría del tratamiento: dieta, medicación, ejercicio o por cualquier otra clasificación.

Comprobar la capacidad de comprensión del paciente: determinar si el paciente ha entendido aquello de lo que se ha hablado o acordado.

Dar instrucciones por escrito: no olvidemos que en la sola transmisión oral de un mensaje, podemos acabar recordando sólo un 10% de su contenido al cabo de 3 días.

Proveer de material impreso: utilizar material educativo para el paciente que haga más entendible el objetivo asistencial.

Involucrar al paciente en el proceso asistencial: ofrecer opciones para el diagnóstico y/o tratamiento, invitar al paciente a aportar sus ideas.

Adecuar en lo posible, el tratamiento a las rutinas y preferencias del paciente.

Evaluar la aceptación del plan terapéutico: evaluar si el paciente está de acuerdo, así como el interés del paciente y su seguridad de poder cumplir el plan.

Utilizar métodos adicionales a fin de motivar al paciente a cumplir el plan: se trata de ayudar al paciente a que lleve el control y se haga responsable de su cuidado, promoviendo la autoconfianza.

En toda relación humana están estos tres elementos: la moral, la ética y la comunicación, como una forma de vida que deberán ser siempre abordadas para promover el bien de las personas.☪

Bibliografía Consultada

-Azcárate, P. 1873. *Obras de Aristóteles, Ética de Nicómaco*. Madrid. Consultado en Proyecto Filosofía en Español 2005. www.filosofia.org, el día 18 de septiembre 2013.

-Aristóteles. 2012. *Ética a Nicómaco*. España. Jorge a Mestas.

-Cléries, X., Borrel, F., Epstein, R.M., Kronfly, E., Martínez, J.M. Aspectos comunicacionales: el reto de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32(2),110-117.

-Dario R. 1907. *Campoamor El canto errante*. Consultado el 10 de febrero de 2013.

-Epstein, R.M. 1996. *The patient-physician relationship*. En MB Mengel y WL Molleman (eds.). *Fundamentals of Clinical Practice: A textbook on the Patient, Doctor and Society*. New York: Plenum Medical Books pp. 105-132.

-Galeano, E. 1997. *Modelos de comunicación*. España: Macchi.

-Fiske, Jhon. 1985. *Teoría de la Comunicación en Introducción al estudio de la comunicación*. España. Editorial Herder.

-Herzberg, Federick. 1987. *One More time, How do you motivate employees?*. Harvard Business Review. September-october.

-Kant. *Crítica de la razón práctica*. <http://www.filosofia.net/materiales/tem/kant.ht>. Consultado el 19 de noviembre de 2013.

-Kant Inmanuel. 2007. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. México. Porrúa.

-Lain Entralgo, P. 1983. *La Relación médico-enfermero*. Madrid: Alianza Universidad.

-Ludlow, R., Panton F. 1997. *La esencia de la comunicación*. México: Prentice Hall.

-Pignuoli-Ocampo, S. 2013. *El Modelo Sintético de Comunicación de Niklas Luhmann*. Spanish. *Cinta de Moebio*, (47), 59-73.

-Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.D. 1991. *Teoría de la comunicación humana*. 8ª edición. Barcelona: Herder.

Perspectivas médicas y reporte de casos



La Bioética en oncología, el papel del Comité Científico y de Bioética en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM

Karla Gabriela Ocampo García
Beatriz Lucero Soto Sánchez
José Luis Barrera Franco
Centro Oncológico Estatal ISSEMyM

Resumen

La medicina es un quehacer moral, por tanto, el profesional de salud en su práctica profesional exige conocimientos científicos y de ética, esto visto desde un enfoque sanitario, en el cual debemos dirigir toda nuestra actividad al tratar seres humanos con intención de beneficiarles. No sólo como equipo especializado sino también expertos en humanidad, respetando la dignidad y la integridad personal del hombre necesitado de ayuda sanitaria.

Entre los factores que acentúan la necesidad ética dentro de la práctica médica es-

pecíficamente en la oncología se encuentran el constante progreso técnico: situaciones nuevas con nuevos riesgos y beneficios, el creciente costo económico y la distribución de los recursos, las exigencias y esperanzas cada vez más elevadas de los enfermos con cáncer, la multiculturalidad y sus conflictos de valores.

Dentro de este contexto surge como una premisa la conformación de un sólido Comité de Bioética y Comité de Ética en Investigación en el Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de Méxi-



co y Municipios (ISSEMyM), dando respuesta a las necesidades de las diferentes personas implicadas (enfermos, médicos, enfermeras, auxiliares), instituciones sanitarias, y autoridades públicas ante los problemas éticos de la práctica médica.

Introducción

La complejidad de la medicina moderna exige del profesional de la salud algo más que conocimientos científicos, empatía y buena voluntad. Con su trabajo, el médico efectúa el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad; su actividad profesional se dirige al ser humano enfermo. Por ello debe mostrar en todo momento un comportamiento moral alto; la responsabilidad de sanar a otro le exige una conducta excelente. Los problemas que se plantean son en ocasiones de extraordinaria dificultad y su solución dista mucho de resultar evidente. El profesional no encuentra en primera instan-

cia el apoyo del sentido común, y en el juicio de su conciencia encuentra sólo duda.

Es por ello que el médico del siglo XXI necesita conocer en profundidad la ciencia ética, tanto en sus principios generales como en las aplicaciones específicas propias de su profesión. La bioética comienza a conformarse como disciplina especializada hace casi cinco décadas. Los importantes avances experimentados por las ciencias biológicas y médicas en el campo de la oncología con el surgimiento de innovadoras biotecnologías, tornan urgente la adopción de criterios para la toma de decisiones moralmente complejas relacionadas con el ámbito de la salud.

Los organismos gubernamentales en el área de la salud enfrentaron esta realidad implementando diversos mecanismos para abordar y analizar los problemas éticos que surgen de estos avances dinámicos

y cambiantes en el campo médico; como resultado se produjo la creación de los comités de bioética, que tienen como finalidad alentar el diálogo y el debate sobre cuestiones dilemáticas relacionadas con la ética del cuidado de la salud.

Estos comités son grupos interdisciplinarios en los cuales, expertos de diferentes profesiones (médicos, enfermeras, psicólogos, filósofos, abogados y otros) analizan diferentes cuestiones de orden bioético con el fin de lograr un acuerdo teniendo siempre como fin la protección de los derechos del paciente.

Como parte de esta situación, surge en el Centro Oncológico Estatal ISSEMyM el Comité Hospitalario de Bioética (CHB), de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética y siendo parte de las premisas que un hospital rector en el tratamiento del cáncer en el Estado de México requiere, además por el volumen de pacientes atendidos en este hospital.

Relación entre la oncología y la bioética

Facilitando al profesional de la salud la reflexión ético-legal, aparecen en los años 70 los Comités Éticos Asistenciales (CEA). Con su labor orientadora, estos comités prestan un valioso servicio al médico, al paciente y a la sociedad, ayudando en cada caso a tomar la decisión más adecuada y evitando así el conflicto entre estas diversas instancias. De hecho, con el paso de los años los CEA han ido adquiriendo un papel relevante en el campo de la ética profesional y en occidente un hospital con alguna complejidad tecnológica debe contar con su propio comité.

Después de los juicios de Núremberg, el código de Núremberg abordó el tema de la protección de los sujetos humanos en los estudios experimentales. Más tarde, la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1968) insistió en la necesidad de crear organismos que se encargasen de

asegurar la calidad de los protocolos de investigación. A partir de este momento nacieron los Comités de Ensayos Clínicos (CEC) ó Comités de Ética en Investigación (CEI).

Podemos describir los CHB como “un grupo multidisciplinario de personas que, dentro de una institución sanitaria, han recibido oficialmente la misión de aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica”.

Existen diversos tipos de comités dentro del Centro Oncológico Estatal ISSEMyM (COE) a través del Comité Hospitalario de Bioética (CHB) el análisis de casos clínicos (para aconsejar a los profesionales que lo soliciten), formación ética de los profesionales de la institución y estudio de las políticas sanitarias del centro (centrados en la ética asistencial y en la formación ética). El Comité Ético de Investigación (CEI) cuya competencia fundamental es el estudio, seguimiento y autorización de protocolos de experimentación de terapias oncológicas (cirugía, quimioterapia, radioterapia) en las personas, y el Comité de Pronóstico (CP) que evalúa el pronóstico de un paciente y determina el tratamiento más adecuado.

Dentro de las funciones del comité hospitalario de Bioética (CHB) podemos establecer:

- La formación ética de los propios miembros del CHB y de los profesionales del centro.
- Análisis de casos clínicos problemáticos y elaborar un informe para orientar a los profesionales, pacientes o familiares que lo soliciten.
- Dar directrices sobre temas relacionados con la política sanitaria del centro.
- Consultiva: análisis de casos pasados, análisis de casos actuales, consultores.
- Normativa: rutinas de trabajo hospitalario, programas especiales, políticas institucionales.

- Educativa: capacitación de miembros, educación al hospital, educación a la comunidad, docencia de pre y posgrado.
- Otras: proyectos de investigación en bioética, asesoría complementaria, comités por especialidades, programas de salud.

Uno de los motivos principales del CHB en el COE es dar directrices en el estudio y resolución de casos concretos que se plantean en el hospital, para cumplir los objetivos con el mayor rigor y objetividad posibles, evitando el mero intuicionismo o improvisación, este comité ha adoptado un método sistemático de trabajo, es decir, tiene enmarcada una manera de cumplir con las funciones de consultoría, otra para cumplir con los objetivos docentes y otra para cumplir funciones normativas.

Las funciones de consultoría se cumplen mediante el análisis y discusión de casos clínicos que presentan dudas o dilemas éticos para su resolución.

La formación es un requisito fundamental para ser miembro del CHB dentro del COE, más que la formación previa, es el deseo de aprender bioética. Sólo después de haber aprendido, se puede enseñar a otros. Es lo que podríamos llamar la ética del comité de bioética. Hay una función educativa interna dirigida a todos los miembros del CHB, que son los primeros beneficiados, otra es la función educativa externa enfocada a la formación del resto del personal hospitalario, sobretodo mediante la difusión razonada de sus decisiones y la llamada función modélica ejemplar en la que se realiza difusión, y es cuando las decisiones del comité sobrepasan el área hospitalaria propia y llegan a otros hospitales o a la población general.

Entre los miembros de nuestro comité contamos con una enfermera, tres oncólogos especialistas, un abogado experimentado en asuntos médicos, un doctorado en bioética y un usuario que expresa las expectativas

de la comunidad. La formación académica y personal de los integrantes del comité hospitalario de bioética CHB se establece sobre la base de las cuatro funciones principales de los comités: consultiva, normativa, educativa y mediadora. La función consultora es la principal y fundamental, generando interrogantes sobre la responsabilidad u orientación profesional.

Las reglas de procedimiento de nuestro comité incluyen el ser plenamente voluntario, el respeto hacia el deponente e intención de escuchar y asimilar la información, honestidad, confidencialidad, una metodología conocida por los profesionales en salud, la promoción del diálogo, la comunicación y la negociación entre los participantes, resolución grupal mediante las relaciones interpersonales y definiendo las funciones y responsabilidades de los participantes y la promoción a la fidelidad a los acuerdos. Todo esto mediante una propuesta directamente asociada a las recomendaciones de la *Joint Commission* a favor de la organización.

Un logro de nuestro comité hospitalario de bioética CHB es la mejora en la calidad del cuidado del paciente según encuestas realizadas con estos, la protección de los derechos del paciente con un registro de reducción en la utilización innecesaria, indeseada e inútil de recursos escasos y costosos. Naturalmente, este logro reviste interés particular en nuestro ámbito actual orientado a la economía y mercado de la prestación de servicios de salud. El comité ha funcionado asimismo como promotor del proyecto y práctica de una política institucional responsable; fortaleciendo igualmente la gerencia de riesgos para beneplácito de quienes deben atender demandas judiciales.

Conclusión

Desde su inicio, el Comité de Bioética del Centro Oncológico Estatal ISSEMyM, se compromete a fomentar el cuidado del paciente, para lo

cual tomamos muy en serio la resolución de dilemas éticos, mediación en conflictos interpersonales e interagenciales y promoción de la autenticidad en la toma de decisiones.

Una premisa actual en la medicina es que los casos de índole médico deberán ser resueltos en un hospital en lugar de los tribunales, y el CHB del COE es el encargado de revisar los hechos, aconsejando a los responsables de la toma de decisiones, o sea, pacientes, familiares y sanitarios. El recurso a los jueces debería de reservarse para las ocasiones en que las partes implicadas sean incapaces de resolver sus desacuerdos acerca de materias de cierta importancia. Por tanto las instituciones sanitarias deberían explorar y evaluar diversas instancias administrativas posibles, tales como los Comités Hospitalarios

de Bioética para revisar y consultar en materias no rutinarias acerca de la toma de decisiones. Disponer de un CHB es la mejor manera de tener en cuenta que es un beneficio para todos mediar racional y éticamente los dilemas entre usuarios-sanitarios y terceras partes.

La presencia del CHB en un centro rector en materia de cáncer es ya una parte fundamental del quehacer diario, que permite visualizar la continua calidad en la atención de los pacientes, mediante la búsqueda de nuevas y mejores alternativas en la prevención y tratamiento del cáncer como parte de la labor social que este Centro Oncológico estatal tiene dentro de sus actividades prioritarias y de difusión.☪

Bibliografía Consultada

- Albert J, Toulmin S. 1998. *The Abuse of Casuistry: A history of moralreasoning*. Berkeley: University of California Press.
- Beauchamp T, Childress JF. 1979. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. González Valenzuela J. Dilemas de bioética. México: FCE,2007. Pág. 19.
- Beecher HK. 1996. *Ethics and Clinical Research*. New EnglandJournal of Medicine: 1354-60.
- Foot P. 1994. *Las virtudes y los vicios y otros ensayos de filosofía moral*. México: UNAM.
- Gilligan C. 1993. *In a Different Voice*. Cambridge: Harvard University Press.
- González Cajal, Jesús. *Manual de Bioética clínica-práctica*. Ed. Fuden. Madrid. 1998.
- Jonsen A. *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press. 1998: 125-65.
- MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica. 1987.
- Polaino-Lorente A. 1997. *Manual de Bioética General*. 3ª edición. Ed. Rialp. Madrid.
- Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Dr. Juan Pablo Beca y Dr. MiguezKoltow 1996.Cf. Journal of Clinical Ethic. págs. 116-121.
- Tealdi J. C. 2008. (ed.) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco-Universidad Nacional de Colombia.
- Tealdi JC, Mainetti JA. 1990. *Los Comités Hospitalarios de Ética*. Bol. Of Sanit Panam. 108. Washington: O.P.S. OMS:431-8.
- Van Rensselaer P. 1971. *Bioethics. Bridge to the Future*.New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Vidal S. *Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina*. Revista Red bioética/UNESCO. Año 1; 1:112-34.

Fuente informativa en bioética



Convenio de Asturias de Bioética

Lizdah Ivette García Rodríguez

Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad

Oviedo, 4 de abril de 1997, Consejo de Europa
Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina.
Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.
Versión en español del Ministerio de Asuntos Exteriores.

Les presento el documento titulado: Convenio de Asturias, primero que hace referencia a la actividad bioética, mismo que reconoce la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas de la medicina y el avance tecnológico y las respuestas que deba darse a las mismas, para adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones médicas, garantizando en lo posible la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona.

Antecedente

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente Convenio, Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948; considerando el Convenio para la Protección de los

Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950; considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961; considerando el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966; considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, de 28 de enero de 1981; considerando igualmente la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989; considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

Conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina, convencidos de la

necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad; conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina.

Afirmando que los progresos en la biología y la medicina deben ser aprovechados en favor de las generaciones presentes y futuras; subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que toda la humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina; reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las respuestas que deba darse a las mismas; deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades; tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética; decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona; han convenido en lo siguiente:

- **Capítulo I. Disposiciones generales**

Artículo 1. Objeto y finalidad

Las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2. Primacía del ser humano

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad

Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

Artículo 4. Obligaciones profesionales y normas de conducta

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso.

- **Capítulo II. Consentimiento**

Artículo 5. Regla general

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia

Cuando, debido a una situación de urgencia,

no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9. Deseos expresados anteriormente

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

• Capítulo III. Vida privada y derecho a la información

Artículo 10. Vida privada y derecho a la información

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

3. De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del paciente, con respecto al ejercicio de los derechos mencionados en el apartado 2.

• Capítulo IV. Genoma humano

Artículo 11. No discriminación

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Artículo 12. Pruebas genéticas predictivas

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar

una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13. Intervenciones sobre el genoma humano

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14. No selección de sexo

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

• Capítulo V. Investigación científica

Artículo 15. Regla general

La investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano.

Artículo 16. Protección de las personas que se presten a un experimento

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

- i. Que no exista un método alternativo al experimento con seres humanos de eficacia comparable;
- ii. Que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento;

- iii. Que el proyecto de experimento haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético;

- iv. Que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección;

- v. que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado expresa y específicamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

- i. Que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos i a iv;

- ii. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;

- iii. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;

- iv. que se haya dado específicamente y por escrito la autorización prevista en el artículo 6, y

- v. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados

previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos i, iii, iv y v del apartado 1 anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

- i. El experimento tenga por objeto, mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características;
- ii. El experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18. Experimentación con embriones in vitro

1. Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.

2. Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación.

• Capítulo VI. Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes

Artículo 19. Regla general

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.

2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser expresa y específicamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20. Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órganos o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las condiciones siguientes:

- i. si no se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento;
- ii. si el receptor es hermano o hermana del donante;
- iii. si la donación es para preservar la vida del receptor;
- iv. si se ha dado específicamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente;
- v. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

• Capítulo VII. Prohibición del lucro y utilización de una parte del cuerpo humano

Artículo 21. Prohibición del lucro

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro.

Artículo 22. Utilización de una parte extraída del cuerpo humano

Cuando una parte del cuerpo humano haya sido extraída en el curso de una intervención, no podrá conservarse ni utilizarse con una finalidad distinta de aquélla para la que hubiera sido extraída, salvo de conformidad con los procedimientos de información y de consentimiento adecuados.

- **Capítulo VIII. Contravención de lo dispuesto en el Convenio**

Artículo 23. Contravención de los derechos o principios

Las partes garantizarán una protección jurisdiccional adecuada con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el presente convenio.

Artículo 24. Reparación de un daño injustificado

La persona que haya sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25. Sanciones

Las partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente convenio.

- **Capítulo IX. Relación del presente Convenio con otras disposiciones**

Artículo 26. Restricciones al ejercicio de los derechos

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27. Protección más amplia

Ninguna de las disposiciones del presente convenio deberá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada parte para conceder una protección más amplia con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente convenio.

- **Capítulo X. Debate público**

Artículo 28. Debate público

Las partes en el presente convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por los avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

- **Capítulo XI. Interpretación y seguimiento del Convenio**

Artículo 29. Interpretación del convenio

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente convenio, a solicitud de:

- el gobierno de una de las partes, una vez informadas las demás partes,
- el comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las partes en el presente convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30. Informes sobre la aplicación del Convenio

Cualquier parte, a instancias del Secretario General del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente Convenio.

• Capítulo XII. Protocolos

Artículo 31. Protocolos

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del convenio. Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación. Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protocolos, sin haber ratificado, aceptado o aprobado el convenio con anterioridad o simultáneamente.

• Capítulo XIII. Enmiendas al Convenio

Artículo 32. Enmiendas al Convenio

1. Las tareas encomendadas al «Comité» en el presente artículo y en el artículo 29 se llevarán a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro Comité designado a este efecto por el Comité de Ministros.

2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda parte en el presente Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando aquél desempeñe las tareas confiadas por el presente convenio, y si dispone de voto en el mismo.

3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no sea parte en el presente convenio, podrá designar un observador ante el Comité. Si la Comunidad Europea no es Parte, podrá designar un observador ante el Comité.

4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente convenio será objeto de un estudio en el seno del Comité en un plazo máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el Comité.

5. Toda propuesta de enmienda al presente Convenio, así como toda propuesta de Protocolo o de enmienda a un Protocolo, presentada por una parte, el Comité o el Comité de Ministros, será comunicada al Secretario General del Consejo de Europa y se transmitirá por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda parte, a todo Estado invitado a firmar el presente Convenio conforme a lo dispuesto en el artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.

6. El Comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el Secretario General, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación del Comité de Ministros el texto adoptado por mayoría de dos tercios de los votos emitidos. Una vez aprobado, este texto será comunicado a las partes para su ratificación, aceptación o aprobación.

7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las partes que la hayan aceptado, el día primero del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que hayan comunicado al Secretario General su aceptación cinco partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa.

Para toda parte que lo acepte posteriormente, la enmienda entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha en que la mencionada parte haya comunicado al Secretario General su aceptación.

• **Capítulo XIV. Cláusulas finales**

Artículo 33. Firma, ratificación y entrada en vigor

1. El presente convenio queda abierto a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, de los Estados no miembros que hayan participado en su elaboración y de la Comunidad Europea.

2. El presente convenio será sometido a ratificación, aceptación o aprobación. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán en poder del Secretario General del Consejo de Europa.

3. El presente convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha en que cinco Estados, que incluyan al menos a cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento en quedar vinculados por el convenio conforme a lo dispuesto en el apartado precedente.

4. Para todo signatario que exprese posteriormente su consentimiento en quedar vinculado por el convenio, el mismo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 34. Estados no miembros

1. Una vez entrado en vigor el presente Convenio, el Comité de Ministros del Consejo de Europa podrá invitar a adherirse al presente convenio, previa consulta a las

Partes, a cualquier Estado no miembro del Consejo de Europa, mediante una decisión adoptada por la mayoría prevista en el artículo 20, párrafo d, del Estatuto del Consejo de Europa, y por unanimidad de los votos de los representantes de los Estados Contratantes que tengan derecho a estar representados en el Consejo de Ministros.

2. Para todo Estado adherente, el convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de tres meses a partir de la fecha del depósito del instrumento de adhesión ante el Secretario General del Consejo de Europa.

Artículo 35. Aplicación territorial

1. Todo signatario, en el momento de la firma o en el momento del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, podrá designar el territorio o territorios a los que se aplicará el presente Convenio. Cualquier otro Estado podrá formular la misma declaración en el momento de depositar su instrumento de adhesión.

2. Toda parte, en cualquier momento posterior, podrá extender la aplicación del presente convenio, mediante una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa, a cualquier otro territorio designado en la declaración y del que asuma las relaciones internacionales o para el que esté habilitado para adoptar decisiones. El Convenio entrará en vigor con respecto a este territorio el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la declaración por el Secretario General.

3. Toda declaración hecha en virtud de los dos apartados precedentes podrá ser retirada, en lo que se refiere a cualquier territorio designado en dicha declaración, mediante notificación dirigida al Secretario General. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de

recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 36. Reservas

1. Cualquier Estado y la Comunidad Europea podrán formular, en el momento de la firma del presente convenio o del depósito del instrumento de ratificación, una reserva con respecto a una disposición particular del convenio, en la medida en que una ley vigente en su territorio no sea conforme a dicha disposición. Las reservas de carácter general no se autorizan según los términos del presente artículo.

2. Toda reserva emitida conforme al presente artículo incluirá un breve informe de la ley pertinente.

3. Toda parte que extienda la aplicación del presente convenio a un territorio designado en una declaración prevista en aplicación del apartado 2 del artículo 35, podrá formular una reserva para el territorio de que se trate, conforme a lo dispuesto en los apartados precedentes.

4. Toda parte que haya formulado la reserva indicada en el presente artículo podrá retirarla por medio de una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de un mes a partir de la fecha de recepción por el Secretario General.

Artículo 37. Denuncia

1. Toda parte podrá denunciar el presente convenio, en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa.

2. La denuncia surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un período de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación por el Secretario General.

Artículo 38. Notificaciones

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados Miembros del Consejo, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte y a cualquier otro Estado que haya sido invitado a adherirse al presente convenio:

- a. Toda firma; b. El depósito de todo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión; c. Toda fecha de entrada en vigor del presente Convenio, conforme a sus artículos 33 o 34; d. Toda enmienda o Protocolo adoptado conforme al artículo 32, y la fecha en la que dicha enmienda o protocolo entren en vigor; e. Toda declaración formulada en virtud de lo dispuesto en el artículo 35; f. Toda reserva y toda retirada de reserva formuladas conforme a lo dispuesto en el artículo 36; g. Cualquier otro acto, notificación o comunicación que tenga relación con el presente convenio.

En fe de lo cual, los abajo firmantes, debidamente autorizados a estos efectos, han firmado el presente convenio.

Hecho en Oviedo (Asturias), el 4 de abril de 1997, en francés y en inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos, en un solo ejemplar que será depositado en los Archivos del Consejo de Europa. El Secretario General del Consejo de Europa transmitirá copia certificada conforme del mismo a cada uno de los Estados Miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a los Estados no miembros que hayan participado en la elaboración del presente convenio y a todo Estado invitado a adherirse al presente convenio.☞

Espacio libre y cartas al editor



Por un mejor futuro

Oscar Manuel Santillán Millán

Ingeniero mecánico administrador, especialista
en Ciencias Geológicas y Petroleras

Es importante que como ciudadanos, familia y compañeros nos ocupemos por generar un mejor futuro, recuperar los valores, la cultura, el amor a nuestros semejantes y a la patria, trabajando juntos con pasión y entrega. Por eso es que los invito a que empecemos por cambiar nuestros malos hábitos.

¡Dejemos todo lo malo atrás y vamos por un mejor futuro!

Toda persona puede transformar su medio y sus hábitos, ¡Solo el hombre se construye por su actividad!, si se toma en cuenta que los hábitos que tenemos hoy en día como sociedad no nos están ayudando a tener el medio que queremos, entonces, corresponde a todos llegar libremente a ser mejores, a edificarse a sí mismos y crecer desde el interior para hacer de nuestra vida un proyecto de desarrollo y para acceder a la perfección a través de la práctica de las virtudes, es decir, de los buenos hábitos.

Debemos salir de nuestra área de confort para llevar este mensaje de responsabilidad y compromiso de mejora a todos, porque nuestra existencia en la tierra no sólo es comer, trabajar y dormir; debemos darle sabor a la vida, despertar cada mañana con el reto de ser mejor persona y apoyar a los

demás en todo momento: en lo académico, en lo espiritual, en la enfermedad, en lo económico, en todo; para que salgamos juntos adelante. La dignidad de la persona estriba en su calidad de ser de una naturaleza superior.

Toda meta requiere de esfuerzo, trabajemos para fortalecer valores como: la honestidad, la bondad, la compasión, el respeto, la amistad, el amor y todos esos valores humanos, que en el futuro dará la satisfacción de un entorno mejor, porque lo merecemos.

Esfuézate por ese ideal, ama a tu familia, a tus amigos, a tus compañeros, a la vida, a tu cultura, a tu país, sus sabores, sus playas, sus montes, su gente, todo lo que representamos. Sé que hay más personas que quieren hacer la diferencia y no seguir indiferentes a esta crisis de valores.

Necesitamos aprender a convivir en armonía y respeto. Erich Fromm menciona en su libro de *Ética y Psicoanálisis* "...el hombre encuentra su felicidad y la realización plena de sus facultades, únicamente en relación y solidaridad con sus semejantes". Considero que cualquier momento es bueno para comenzar y que ninguno es tan terrible para claudicar, porque como bien menciona Pablo Neruda en su reflexión "...el presente es el resultado de nuestro pasado, y la causa de nuestro futuro será el resultado de lo que hagamos en nuestro presente", trabajemos hoy por un mejor futuro basado en los valores.☪

“

”

Si volteas hacia el pasado, que sea para aprender de tus errores, más no para criticarte y castigarte, busca mejorar tu futuro en todo momento, reestructúrate.

Dale Carnegie



Lecturas recomendadas



BIOÉTICA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Fernando Lolas Stepke.

Editorial Mediterráneo, 174 págs. Santiago, 2000.

El autor, profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile, académico de Número de la Academia Chilena de la Lengua y destacado investigador en ciencias del comportamiento, psiquiatría, psicofisiología y medicina psicosomática, culmina con este libro una larga serie de obras sobre estos temas, abordando a la bioética desde una perspectiva antropológica sobre la medicina y la salud. Por haber asumido la Dirección de la Oficina Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, el autor intenta acercar sus puntos de vista bioéticos a una vasta diversidad de lectores de múltiples profesiones que desean, como él, comprender mejor la participación ética dentro de la revolución tecnológica que vivimos.



La medicina (del latín *medicina*, de *mekderi* que significa curar, medicar) es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano; que implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las diferentes enfermedades. La medicina como disciplina orientada al cuidado de la vida humana, forma parte del cuerpo de las ciencias de la salud y se ha considerado el arte de curar y prevenir enfermedades. Su desarrollo ha acompañado al del hombre desde los inicios de la civilización y su práctica ha evolucionado desde ritos religiosos hasta el intervencionismo tecnológico con que contamos en la actualidad.

La antropología es una ciencia comprensiva general que estudia al hombre en el pasado y en el presente de cualquier cultura. Ésta se divide en dos grandes campos: la antropología física, que trata de la evolución biológica y la adaptación fisiológica de los seres humanos; y la antropología social o cultural, que se ocupa de las personas que viven en sociedad, es decir, las formas de evolución de su lengua, cultura y costumbres.

Antropología médica

La relación entre la medicina y la antropología ha estado marcada por diversos encuentros y desencuentros. Desde el campo disciplinario de la antropología, la medicina está integrada a la cultura, y cada cultura cuenta con su interpretación

de lo que es el fenómeno de la enfermedad; se habla entonces de medicinas que llegan a ser tantas cuanto alcanzan a ser el número de culturas existentes.

En nuestra sociedad las medicinas que corresponden a las diversas culturas coexisten, se divulgan y se influyen mutuamente. Sin embargo, se presenta el dominio o hegemonía de una sobre las otras, una medicina que tiene como eje a la ciencia y cuyo aporte es la objetividad, que se ha convertido en la medicina oficial al contar con el apoyo de los Estados. Gran parte de la medicina científica se apoya en la experimentación, lo que ha permitido la consolidación de un cuerpo de conocimientos que se expande y diversifica continuamente, desarrollando especialidades a un nivel sin precedentes y colocando en un plano secundario y hasta subordinado a otras prácticas médicas.

Por diferentes circunstancias, en el desarrollo del ejercicio profesional médico se ha dado prioridad a un tipo de conocimientos, excluyendo otros. Este modelo médico dominante en los servicios asistenciales y en la formación universitaria, ha hecho énfasis en la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad.

Si consideramos a la medicina como campo profesional donde se conjuntan conocimientos, técnicas y habilidades que tienen como objeto el estudio del ser humano desde el proceso salud-enfermedad, entonces se hace evidente que no debe ser reducido a lo biológico, ya que incluye lo social y lo psíquico.

El fenómeno salud-enfermedad aunque se expresa en lo individual se refiere a procesos colectivos, que son a la vez fenómenos históricos. A lo largo de su evolución, el hombre se ha enfrentado a la enfermedad. Las condiciones socioeconómicas y culturales de una sociedad favorecen un tipo de patología determinada, a la vez, se construyen una serie de teorías que intentan determinar la etiología y orientan la práctica médica.

Cuando el médico se pregunta: ¿Cómo se conocen las enfermedades en el hombre? ¿Como las concibe el hombre enfermo?, las respuestas las construye de acuerdo a los conceptos de su sociedad y de su época.

La medicina moderna en general considera la enfermedad como un hecho anatomofisiológico, se tiende a ver como una entidad objetiva que está localizada en algún lugar del cuerpo y que perturba el proceso fisiológico. El médico utiliza los conceptos y prácticas dominantes, pero se enfrenta a los diversos modos de entender la enfermedad y a múltiples propuestas terapéuticas. Para prevenir, curar o rehabilitar debe conocer las formas de organización, conocimientos y valores de la sociedad y de los grupos sociales en donde realiza su trabajo, de modo que cuando se construye la realidad inevitablemente se transita por el sendero de lo ideológico. Así, la interpretación sociocultural de la enfermedad incluye múltiples aspectos: campos de conocimientos, técnicas médicas, tecnologías, recursos e instrumentos, medicamentos, plantas, animales, ritos, símbolos, ideas, conductas, procedimientos, las lógicas internas tanto del facultativo y de la institución de salud como de los pacientes y sus familiares, la tradición, la verificación empírica y la experiencia, así como la confrontación con la teoría, el grado de aceptabilidad de la práctica terapéutica, la forma en la que los valores sociales incluidos en

la profesión permean la práctica terapéutica, entre otros. Aparecen tanto las bondades como las incongruencias de las prácticas médicas, por eso es necesario conocer y confrontar diversas cosmovisiones del proceso salud-enfermedad.

La antropología médica no se caracteriza por un solo paradigma teórico. Por ejemplo, la descripción y el análisis etnográfico de la religión y de los sistemas terapéuticos son tan antiguos como la propia antropología, mientras que enfoques nuevos, como la antropología médica crítica, son producto de las tendencias intelectuales más recientes. Aunque dicho ámbito de actividad intelectual es muy diverso, cabe identificar cinco enfoques básicos: biomédico, etnomédico, ecológico, crítico y aplicado. Estos enfoques comparten tres premisas fundamentales:

1. La enfermedad y la curación son fundamentales en la experiencia humana y se comprenden mejor holísticamente en contexto con la biología humana y la diversidad cultural.
2. La enfermedad representa un aspecto del entorno que sufre la influencia del comportamiento humano a la vez que requiere adaptaciones bioculturales.
3. Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen importantes consecuencias pragmáticas en la aceptabilidad, efectividad y mejora del cuidado sanitario, en particular en las sociedades multiculturales.

La medicina y la antropología a través de la bioética

La bioética es una disciplina que se ocupa del cuidado y afirmación de la vida, atendiendo los dilemas suscitados por el desarrollo tecno-científico, en el marco de las ciencias, los valores y los principios morales. En la sociedad actual nos encontramos ante cambios generados por la investigación científica, principalmente en los campos de la biología y la física que afectan la vida, su calidad y su sentido, y que podrían convertirse en irreversibles.

El movimiento bioético surgió desde la ciencia, preocupada por sus avances en dominios antes insospechados, especialmente en la biomedicina, con intervenciones en la genética y la herencia humana, en el status del embrión, la contracepción, el aborto, la eutanasia, la definición de la muerte, la calidad de vida, la familia, la procreación asistida, la experimentación en animales y humanos, la utilización de recursos, la autonomía de la persona como sujeto moral; en fin, del paternalismo médico y muchos temas más que trascienden lo meramente biológico hacia lo social y lo cultural.

Los dilemas creados por la tecnociencia han estimulado la reflexión bioética como una disciplina que se ocupa del cuidado y afirmación de la vida para enfrentar dichos dilemas.

Esa reflexión surgida sobre los hechos de la medicina se ha extendido a todas las actividades de la sociedad tecnocientífica en que vivimos. La medicina contemporánea ha adquirido las formas discursivas de las ciencias naturales empíricas. Uno de los mandatos en el contexto intelectual de esas disciplinas es realizar todo lo factible, hasta el límite de su capacidad.

El origen cultural de las enfermedades y las propuestas surgen desde la bioética para abordar los conflictos que padecemos. Una mirada sobre las relaciones entre medicina y la ética nos muestra que no han estado exentas de conflictos a lo largo de la historia y se hace necesaria la presencia del derecho, constituyéndose la sociedad moderna en un entramado médico jurídico.

En su *Ética Nicomáquea*, Aristóteles dice que el fin (téklos) de la medicina es la salud. Ocurre sin embargo, que la salud no es ahora algo comprensible de suyo, como lo fue en otras épocas. Algunos filósofos como Fernando Lolas ven la salud como un objeto, pero no un objeto cualquiera, sino uno que se construye a diario por personas que no la tienen por objeto de ciencia y que la viven como ritual de construcción personalísima.

La salud es modelada no sólo por el discurso médico y científico, también forma parte del discurso profano y del imaginario social expresado en los medios masivos de comunicación social, la ficción novelesca o el dogma religioso, esto quiere decir que, no es neutral y su evaluación siempre va a constituir un acto valorativo. La salud no debe sólo existir, tiene que ser buena, conducir al bienestar y ser sinónimo de calidad de vida.

En la sociedad actual, la salud se ha convertido en valor de mercado. Es vendible, alquilable y se comercia con ella. Los principios tradicionales que han constituido el núcleo de la bioética: justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia; resultan insuficientes para abordar la salud y enriquecer la práctica de la medicina.

La Escuela de Heidelberg (llamada así en 1950 por Pedro Laín Entralgo) plantea imbricar la bioética con la medicina antropológica en un intento de rescatar la salud como valor. Por tanto, en la investigación sobre los determinantes macrosociales de la salud y sus perturbaciones, en la práctica médica diaria, la reflexión bioética debe ser un componente sustantivo.

Este libro presenta temas bioéticos en una perspectiva antropológica sobre la medicina y la salud. La bioética es el examen de las implicaciones morales de la ciencia y la medicina. Su análisis a la luz de diversas corrientes de pensamiento médico, en especial la antropología médica de la Escuela de Heidelberg, se emprende en este volumen de manera original y substantiva.

Para lograr este objetivo, el autor ha diseñado esta obra seleccionando algunas ideas maestras sobre algunos problemas esenciales de la bioética, que de tímida propuesta está tratando de transformarse en disciplina. Lolas nos hace una convincente introducción histórica de la ética del conocimiento y de los esfuerzos por crear una antropología médica y de salud, analizando el desarrollo de la praxis médica en el siglo XX. Describe a la bioética como una narrativa crítica y, a continuación, aplica sus principios en los problemas clásicos de la literatura bioética actual. Cubre prácticamente la totalidad de los problemas más conflictivos del discurso bioético con una gran capacidad de síntesis. Los lectores podrán tener así una visión global de todos los problemas controversiales y profundizarlos dirigiéndose a las referencias bibliográficas.☺

Crónica del VII Encuentro Nacional de Bioética

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

José Pedro Montoya Moreno

Coordinador de Salud

The cover features the following elements:

- GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO** logo on the left.
- Mexiquenses más sanos** in a script font.
- VII Encuentro Nacional de Bioética** in large red letters.
- enGRANDE** logo on the right with the tagline "GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA".
- Central text: **El rescate de los Valores para generar los servicios de salud que merecemos**.
- A photograph of a smiling elderly couple in the foreground, with a background showing a natural landscape with a waterfall and a large, abstract structure.
- Red text at the bottom right of the photo: **24 de septiembre de 2013**.
- Bottom text: **Comisión de Bioética del Estado de México** with the **COBIEM** logo.

A partir de 2006, se realizan los Encuentros Nacionales de Bioética en nuestra entidad, con la colaboración de la Comisión Nacional de Bioética, del Instituto de Salud del Estado de México, de la Comisión de Bioética del Estado de México y las demás Instituciones que conforman la Comisión, en este año se llevó a cabo el día 24 de septiembre en el auditorio "Lic. Arturo Montiel Rojas" del Centro Médico ISSEMYM en esta ciudad de Toluca de Lerdo.

El lema fue: *El rescate de los valores para generar los servicios de salud que merecemos*, tema necesario en nuestra actualidad, ya que la sociedad en la que vivimos se ha ido desmoronando moral y éticamente, y no es la excepción los servicios de salud; por lo anterior se convino que este año sea el tema del encuentro con el fin de generar conciencia y rescatar la importancia de los valores en todo el personal que labora.

El evento inició con la conferencia del Dr. Alberto Álvarez Díaz, con el tema: *El valor de la identidad Institucional*, en la cual resaltó la importancia de definir la identidad institucional, que nace desde la perspectiva comercial y mercantil, esto en busca de una presencia impactante ante las diferentes empresas. Cuando se refería a los valores, precisó en primer lugar hablar de la ética, más como una obligación que un derecho, ya que es a partir de los valores que nacen todas las normas y leyes que ahora nos rigen. Habló de la historia y los fundamentos de la bioética, mencionó algunos datos como lo que precisaba Platón, en *Los Diálogos de Platón*, que fundamentalmente habla de la belleza, y como ahora enjuicamos todo a partir de si es bello o no; y el impacto del paradigma en nuestros tiempos, ya que la sociedad no ve los valores por falta de educación. Mencionó entonces, que los valores son identidades objetivas eternas que tienen carácter deontológico, porque los valores son y los valores están, nos indican qué y cómo hacerlo. Y finalizó con pensamientos de Aristóteles, precisando que un mundo ideal, es el reino de los cuatro valores: paz, amor, verdad y justicia; y la ética es el deber de hacer estos valores en el mundo real, en el hoy, y así lograr



otorgar los servicios de salud que nuestros pacientes merecen, en base a un mundo ideal.

Acto seguido, dió inicio la ceremonia inaugural del evento, contando en el presidium con: el Dr. Manuel López Kneeland en representación del Secretario de Salud y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, Mtro. César Nomar Gómez Monge; el Dr. Manuel Ruíz de Chávez Guerrero, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética y ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina; el Dr. Ángel Salinas Arnaut, en representación de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, Directora General del ISEM y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México; el Dr. José Luis Téllez Becerra, Coordinador de Servicios de Salud, representante del Dr. Delfino Reyes Paredes, Director General del ISSEMYM; Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; el Dr. Filiberto Cedeño Domínguez, Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México; Dra. María del Socorro Romero Figueroa, Coordinadora de Investigación del IMSS Delegación Estatal Zona Poniente. Además de contar con la presencia del Dr. Antonio Jaimes Núñez, Director del Centro Médico ISSEMYM, anfitrión de los trabajos del VII Encuentro Nacional de Bioética.

El mensaje de bienvenida fue expresado a nombre de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, por el Dr. Ángel Salinas Arnaut, quien habló de la importancia de la bioética como responsable de la aplicación de los valores éticos y morales en la operación de las Instituciones de salud. Agregó que el conocimiento de los valores da la oportunidad de rescatarlos y utilizarlos de manera racional junto a los avances tecnológicos y a la saturación de los servicios de salud, para favorecer una conducta más humana, que garantice una atención digna y aplicar los valores para generar los servicios de salud que merecemos, como un compromiso del personal de salud y de nuestra Institución.

Posteriormente, tomó la palabra el Dr. Manuel Ruíz de Chávez, elogiando las labores de bioética en el Estado de México, recalcando el liderazgo



de nuestro Estado en el campo de la aplicación de la bioética a nivel nacional. Enfatizó que el lema *El rescate de los valores para generar los servicios de salud que merecemos*, le parece más que oportuno; analógicamente lo comparó con una esfera, donde la bioética es lo complementario de la calidad, visto desde la visión más antigua de la práctica médica y de servicios de salud, es el centro vital que gravita un aspecto tan sensible y crucial como es la atención de otro ser humano.

Finalmente el Dr. Manuel López Kneeland, Asesor y representante del Secretario de Salud y Presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, Mtro. César Nomar Gómez Monge, precisó el fuerte interés personal en la bioética y la medicina. Habló de Hipócrates y del Código de Conducta que se enfocaba en la búsqueda del bienestar del paciente, con el fin de aliviar sus malestares y curarlo; distinguió la profesión del médico sobre las demás, e invitó al personal de salud a participar activamente en las acciones de la Comisión de Bioética del Estado de México, como en la Revista *Bioética y Salud*, en los cursos, foros y congresos. Afirmó el profundo interés del Secretario de Salud, de inculcar en cada prestador de servicios los principios con que se rige la bioética, logrando así un Instituto de Salud basado en los valores. Acto seguido, realizó la inauguración de los trabajos del VII Encuentro Nacional de Bioética *El rescate de los valores para generar los servicios de salud que merecemos*.

En la presentación artística el Dúo Divertimento, de la Universidad Autónoma del Estado de México, amenizaron el evento con melodías mexicanas.

La conferencia magistral estuvo a cargo del Licenciado en Psicología José de Jesús López Dorantes; con su ponencia: *La Fórmula del Éxito*, habló del valor de una persona no por su pasado, sino por su futuro y sus proyectos. Su reflexión va dirigida a trabajar el inconsciente aún más que el consciente de cada uno de nosotros, que podemos así lograr modificar incluso el inconsciente de un grupo de personas a nuestro alrededor, y así, cambiar el pensamiento de nuestra sociedad y aún



más, de nuestro País. Menciona que es importante el conocer las potencialidades de cada uno de nosotros, pero sin embargo, culturalmente se nos inculca no lograrlas. Finalizó mencionando que debemos formar líderes con la capacidad de influir en un grupo para lograr objetivos comunes basados en principios y valores, que será el nuevo objetivo de los trabajadores de los servicios de salud.

Continuó el doctor Octaviano Domínguez Márquez, con su ponencia: *La fórmula del éxito verdadero, basado en valores*. Nos habló de Nietzsche, que afirmaba que un valor que no es para la eternidad, no sirve, no funciona, no va existir en su valía. El doctor Domínguez Márquez menciona que Nietzsche exageró, ya que se deben ubicar los valores en el tiempo y la cultura, que son diversos. Es así que los valores se modifican, y no solo varían de país en país, sino que incluso en el mismo país, diversos pueblos tienen valores diferentes, aplicables o no dependiendo de las personas que ahí habitan. De nuevo, enfatizó que el tiempo, el lugar y la persona influyen en la aplicación de valores diferentes. Reiteró al finalizar, que a nuestros servicios de salud, le urge enfatizar en la aplicación de los valores humanos.

Finalmente, se dió pie al simposium *Los servicios de salud con valores*, el cual tuvo a los ponentes: Mtro. Héctor Nebot García, con su plática: *¿Por qué es tan difícil vivir con valores?*, Lic. Nancy Maldonado, con la plática: *Conocimiento con Valores*, a la Dra. Carmen Fuentes Cuevas: *La salud con valores*, la Mtra. Mariana Zamfir Stanciu con el tema: *Los valores humanos* y al Dr. Nery Vela con su plática: *Los derechos humanos como un valor fundamental de la bioética*. Cumpliendo así los objetivos del programa.☪



VI Congreso Internacional de Bioética en Iberoamérica y VIII Curso-Taller Internacional de los Comités de Ética

Ana María Millán Velázquez

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



La Universidad de Santiago de Chile y la Universidad Autónoma del Estado de México realizaron el VI Congreso Internacional de Bioética en Iberoamérica y el VIII Curso-Taller Internacional de los Comités de Ética, del 15 al 17 de octubre del presente año en Santiago de Chile, teniendo asistentes nacionales e internacionales con la finalidad de reunir a los profesionales de la salud, e investigadores de todas las áreas, interesados en el problema de la ética y bioética de la vida, dando a conocer nuevas herramientas para el desarrollo de la investigación.

Las palabras de bienvenida fueron expresadas por el pro-rector Dr. Pedro Palominos y el vice-rector Prof. Dr. Oscar Bustos de la Universidad de Santiago de Chile, teniendo como ponentes a lo largo del primer día del Congreso a Octavio Márquez Mendoza, de la Universidad Autónoma del Estado de México, con el tema: *La necesidad ética de un congreso internacional de bioética en Iberoamérica*; Fernando Lolas, de la Universidad de Santiago de Chile, con: *Ética de la Publicación Científica, desafío en el contexto de la globalización*; Ruth Macklin, de Alberto Einstein College of Medicine-NY, con: *Violencia contra mujeres y Derechos Humanos, un desafío global*; Manuel Santos de USACH-PUC, con: *Aspectos Bioéticos de la investigación biomédica en seres humanos financiada estatalmente, experiencia en Chile*; Mónica Neves Aguiar Da Silva de la Universidad Federal de Bahía-Brasil, con el tema: *La creación de una capacidad de bioética en América Latina, un reto para el sistema civil*; Francisco Javier León de la Universidad Católica-MINSAL, con: *Visión panorámica de los comités de ética en Iberoamérica*; Julieta Arosteguy de CONICET-Argentina, con: *Sancionar la violencia obstétrica. Problemas y soluciones*; Dirceu Bartolomeu, Luciana Dadalto y Unai Tupinambás

de la Universidad Federal de Minas Gerais-Brasil, con: *Directivas anticipadas de voluntad, un modelo brasileño*; María Auxiliadora Minahim de la Universidad Federal de Bahía-Brasil, con: *El principio de justicia universal y biobirataria*; Agueda Muñoz de Perú, con: *Investigación en bioética, una tarea necesaria*; Carmen Alicia Cardozo de la Universidad Nacional de Colombia, con: *Programa para la infraestructura de la investigación biomédica que maneja reactivos biológicos*; Miguel Ángel Sánchez González de la Universidad Complutense de Madrid, con: *Las ideas sobre el alma y los problemas del inicio de la vida*; Magaly Trujillo Domínguez de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Causas, efectos y soluciones al cambio climático*; Hermenegildo Trujillo López de la Universidad del Estado de México, con: *Química verde para sanear el ambiente. Sustentabilidad química*; Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guadarrama y Marcela Veyta de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Testamento vital una revisión de la investigación objetiva en bioética*; Ixchel Itza Patiño González de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Trasplantes artificiales, nuevos retos para la bioética*; Alicia Infante Peñafiel de la Universidad Católica de Chile, con: *Caracterización de la Bioética en Chile, una aproximación desde la Sociedad Chilena de Bioética*; Ángela María Wilches Flórez de la Universidad Distrital y Francisco José de Caldas-Bogotá, con: *El desarrollo de la investigación en genética y su relación con la bioética*; Eva Lilia García Escobar de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Relevancia de la Bioética como asignatura en nivel medio superior en México*; Adriana Ribeiro Alvez de la Universidad de Concepción-Colombia, con: *Bioética como un asunto de Estado* y Claudia López Becerra de la Universidad de Boyacá-Colombia, con: *Bioética y enfermedad mental*.

Los ponentes que se presentaron en el segundo día fueron: Claudio Gutiérrez de la CONICYT de Chile, con el tema: *Datos científicos abiertos para la ciencia en Chile*; Octavio Márquez Mendoza de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Por una bioética transdisciplinaria tendiente a la responsabilidad social universitaria*; Damian



del Precio de Argentina, con: *Vulnerabilidad y pobreza en investigación clínica, análisis crítico del concepto en las pautas CIOMS 2002 y propuesta*; Roberto Rozas de la USACH, con: *Argumentación bioética en los tribunales de justicia*; Jaime Bustos de la USACH, con *¿Existe el derecho a la confidencialidad de las fuentes en la investigación de la historia reciente de Latinoamérica?*; Raúl Villarroel de la Universidad de Chile, con: *Limitaciones a la investigación científica en personas con discapacidad psíquica o intelectual. El paradigma de una ciudadanía biológica*; Alberto Cuauhtémoc Mayorga Madrigal de la Universidad de Guadalajara, con: *Del manual a la deliberación en ética clínica*; María Victoria Domínguez, Hugo Mendieta, María Camarillo y Miriam Flores de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Análisis bioético de la medicina regenerativa de la piel*; Claudio Gutiérrez de la CONICYT de Chile, con: *Datos científicos abiertos para la ciencia en Chile*; Javier Sádaba de la Universidad Autónoma de Madrid-España, con: *Ciencias y Humanidades en Bioética*; Emilio José Ibeas Burgos de España, con: *Formas de morir y bioética*; Weronika Weil Parodi de la Universidad de Chile, con: *¿El derecho al suicidio medicamente asistido es equivalente al derecho a rechazar el tratamiento médico?*; Miguel Ángel León Ortíz de la Universidad del Istmo Campus Ixtepec, con: *La reproducción humana asistida ¿Es un derecho asequible a cualquier persona?*; Martha Tarasco de la Universidad Anáhuac-México, con: *El transhumanismo como modelo de cambio en la percepción de la identidad humana*; Patricia Siqueira de la Universidad Estadual-Brasil, con: *La esencia da propia vida*; María Guadalupe Acevedo Camargo de la Universidad Nacional Autónoma de México, con: *La teoría de las capacidades de Martha Nussbaum y los organismos genéticamente modificados en la agricultura*; Mitzi Arrazola de la Universidad Autónoma del Estado de México con: *Bioética para adolescentes. Bioética para la tecnología*; María Isabel Cornejo Plaza de la Universidad de Chile, con: *Los principios en la ley de derechos y deberes de los pacientes en Chile*; Diana Aurenque Stephan de Erberhard Karls Universität Tübingen-Alemania, con: *Normalidad a todo precio: el tratamiento*



prenatal de la hiperplasia suprarrenal congénita y sus conflictos; Constanza San Pedro de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina, con: ¿Ley de muerte digna?, ¿Poder sobre la muerte?; Emilio Ibeas de España, con: Animales sujetos u objetos de investigación; Fernando Fuica de la Universidad San Sebastián, con: El principio de autonomía como fundamento de la decisión moral y el retorno al sujeto antropológico en un contexto biomédico; Elena Rey de España, con: El representante de la comunidad en los Comités de Ética en investigación biomédica de la ciudad de Bogotá; Diana Pasmanik de la USACH, con: Sensibilidad ética e intercultural. Algunas consideraciones relativas a la dimensión relacional de la investigación con seres humanos.



Este mismo día inició el Curso -Taller titulado: *La bioética en Iberoamérica, Decisiones al final de la vida en cuidados intensivos;* y la mesa: *Dilemas éticos en pediatría* coordinada por la Dra. Ana María Millán Velázquez, teniendo como ponentes: Dr. Alfredo Vigueras Rendón, Asesor de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, con el tema: *Consentimiento informado en pediatría;* Dra. María Elena Orenday Arechiga, Directora de Enseñanza e Investigación del Instituto Materno Infantil del Estado de México, con: *Consideraciones éticas en pacientes en etapa terminal, vida y muerte;* Dr. Luis Jesús Valderrama Zaldivar, Asistente de la Dirección de la Guardia Especial del Hospital General Valle de Bravo y Editor de la Revista del Instituto Nacional de Perinatología, con: *Consideraciones éticas en pacientes en etapa terminal, vida y muerte en un Caso Clínico* y la Dra. Ana Ma. Millán Velázquez, Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y Responsable Estatal de Bioética, con: *Dilemas Bioéticos en Pediatría.*



En el último día los expositores fueron: Daniel Sánchez, María Isabel Rivera y Jaime Pereda de la Facultad de Ciencias Médicas de la USACH, con: *El valor de la vida humana naciente, una responsabilidad social universitaria: Rol del Museo de Embrio-Fetología;* Rubén Mendoza Valdés de la Universidad Autónoma del Estado de México, con: *Ethos del cuerpo;* Claudio Corbos



de Chile, con: *Ética en los gobiernos corporativos en un mundo en crisis*; María Elizabeth de los Ríos Uriarte de la Universidad Anáhuac-México, con: *La pobreza como factor determinante para la salud*.

A lo largo de todo el evento se presentaron diferentes investigaciones en modalidad Poster: Ethna Suarez, Heimy Cortes de la Universidad de Boyacá-Colombia, con el poster titulado: *Principios de justicia aplicada en discapacidad*; Constanza Baquedano, Alejandra Ramírez, Constanza Curoto, Fabián Santander, Ernesto Torres, Sebastián Archiles, Gabriel Arellano, Oscar Celis, Fabián Vergara, Valentina Romero, Pedro Gallardo y Alberto Leguina-Ruzzi de la Universidad de Santiago, con: *¿Es necesario un Código de Ética de los estudiantes universitarios?*; Marisabel Rivera Jiménez, Responsable de Comités Hospitalarios de Bioética de la Comisión de Bioética del Estado de México, con: *Discrepancias entre diagnósticos de muerte materna y necropsia*; Erika Viridiana Mejía Millán, Marisabel Rivera Jiménez, Alma Cuevas George, con: *Perspectiva en la relación médico-paciente de los usuarios del Centro de Salud Urbano Toluca*; Natalia González de la Universidad Austral-Chile, con: *Objeción de conciencia del personal médico en la Ley 20.584 de derechos y deberes de pacientes*; Gyna González, Ingrith Delgado y Martha Naranjo de la Universidad de Boyacá-Colombia, con: *Principios bioéticos de la medicina paliativa en paciente crítico terminal*; Etna Suarez, Heimy Cortes y Martha Naranjo de la Universidad de Boyacá-Colombia, con: *Aplicabilidad del principio de justicia en discapacidad*; Claudia López y Martha Naranjo de la Universidad de Boyacá-Colombia, con: *Bioética y enfermedad mental*; Fernando Flores Rivera de México, con: *Nivel de entendimiento sobre el consentimiento informado en pacientes quechua-hablantes*; Betsy Achircana Ramos con: *Incidencias éticas y sociales del fenómeno bullying referentes a la población estudiantil de Arequipa, junio 2013*; Derly Montesinos Zavalla de México, con: *Entendimiento y percepción de los pacientes sobre la utilidad y calidad de los consentimientos informados después de los procedimientos quirúrgicos en el servicio de emergencia en*



el Hospital General Honorio Delgado Arequipa 2013; Daniela Ginna Alfaro Campos de México, con: *Grado de entendimiento de consentimiento informado en pacientes de la unidad de cuidados intensivos, Hospital Goyeneche Arequipa 2013*; Crislee López Colque de Perú, con: *Nivel de comprensión de consentimiento informado en pacientes preoperatorios del Hospital Goyeneche Arequipa 2013*; Julio César Fuentes Uribe de Perú, con: *Evaluar la aplicación del consentimiento informado en pacientes posoperatorios en distintos centros de la salud de Arequipa 2013*; Diana Alejandra Rivera Castillo de Perú, con: *Consentimiento informado del procedimiento quirúrgico en una cesárea*; Belén González Quispe de Perú, con: *Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la población Arequipeña del distrito de Cayma en el año 2013*; Veruzka Ramírez y Ángela Pumacallahui Bustamantes, con: *Uso del consentimiento informado en los trabajadores de investigación de los estudiantes universitarios y egresados de áreas de biomédicas para la realización de sus estudios de investigación*; Patrick Boris Gamarra Bustamante de Chile, con: *Evaluar la aplicación del consentimiento informado en pacientes posoperatorios*; Julissa Chacón Cabana de Chile, con: *Consentimiento informado en Centros de Primer Nivel y de mayor complejidad* y Karen Amao Valle de Chile, con: *Grado de comprensión y percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes del Hospital Honorio Delgado, mayo 2013*.



En la ceremonia de clausura el presidium formado por: Dr. Fernando Lolas, Dr. Octavio Márquez, Dr. Manuel Santos y Dr. Oscar Bustos, dio a conocer el Poster ganador, mismo que correspondió al realizado por Arequipa, Perú y el segundo lugar fue de nuestra Comisión, realizado por: Marisabel Rivera Jiménez, Erika Viridiana Mejía Millán y Alma Cuevas George, con: *Perspectiva en la relación médico-paciente de los usuarios del Centro de Salud Urbano Toluca*, de entre veinte participantes de Argentina, Chile, Colombia, México y Perú llenándonos de orgullo y satisfacción éste logro.☺

La Comisión de
nuestra entidad obtuvo
el Segundo Lugar
en investigación
modalidad poster

Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea del Estado de México

Efraín Zaldívar Valdés

Responsable del Área de Normalización del CETS

A partir de la década de los 80, los bancos de sangre tuvieron que modificar sus actividades y funciones de manera muy importante, dejando de ser únicamente productores de bolsas de sangre para convertirse en un área estratégica dentro de los servicios de salud, integrando los servicios de medicina transfusional como una sub especialidad relacionada con el uso racional de la sangre y sus hemocomponentes con fines terapéuticos y de la prevención de la transmisión de enfermedades por vía sanguínea.

La problemática surge como resultado de la aparición del VIH/SIDA; las autoridades políticas y sanitarias de nuestro país se dedicaron a la tarea de implementar medidas de seguridad para el control de las enfermedades que tuvieran relación con la transfusión sanguínea.

El 3 de febrero de 1983 se modificó el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que toda persona nacida en México tiene derecho a la protección de la salud, y fue el 7 de febrero de 1984 que se publica en el *Diario Oficial de la Federación*, la Ley General de Salud, dando inicio a las adecuaciones sanitarias para cumplir en materia de disposición de sangre humana y componentes e implementar el procedimiento y análisis correspondiente para garantizar la calidad de la sangre. A partir de 1986 es obligatorio el estudio para la detección del virus de inmunodeficiencia



Humana en todo disponible de sangre que acuda a los bancos de sangre.

En el año de 1987 el artículo 332 de la Ley General de Salud es modificado y especifica que la sangre humana no podrá ser objeto de comercio y que sólo se obtendrá de voluntarios que la proporcionen gratuitamente.

De esta manera, a través de los años se daban las condiciones de mejora para la obtención y procesamiento de la sangre

y cada vez se mejoraba el entorno para dirigir dichas actividades, y el día 21 de enero de 1988 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* la creación de un Órgano Administrativo Desconcentrado que por función jerárquicamente está subordinado a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa, denominado: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, que realizara las funciones de control y vigilancia sanitarios en actos de disposición de sangre y sus componentes.

El 14 de abril de 1988 el entonces Secretario de Salud Federal Dr. Guillermo Soberón Acevedo solicita, al Gobernador Constitucional del Estado de México, Lic. Mario Ramón Beteta Monsalve y al Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo, director general del Instituto de Salud del Estado de México, la conveniencia de la creación de Centros Estatales de Servicios de Hemoterapia que, ejerciendo funciones similares a las del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, permita ejercer un control eficiente de los bancos de sangre y servicios de transfusión en la entidad, todo esto forzado por el grave problema epidemiológico que representaba en ese momento la enfermedad del VIH/SIDA, que obligaba a reforzar el control sanitario de las transfusiones.

En marzo de 1989 se informa de manera oficial los resultados de los logros obtenidos en la capacitación de los jefes de los Centros Estatales, y sus funciones fueron encaminadas a crear una base de normalización mediante el registro y control de las actividades para los bancos de sangre mediante la unificación de criterios en la obtención, procesamiento, fraccionamiento, conservación y distribución de la sangre. Otro logro importante fue generar apoyo interinstitucional mediante la concertación de convenios, supervisión y asesoría a los bancos de sangre mediante procedimientos establecidos, y la creación de las campañas de donación voluntaria para el fomento de una nueva cultura en actos de disposición

de sangre y desarrollar el programa de uso racional de la sangre mediante la creación y capacitación de comités intrahospitalarios que la promociónen.

En el mes de mayo del año de 1990, ya siendo Secretario de Salud Federal, el Dr. Jesús Kumate Rodríguez se solicita la intervención del Gobernador del Estado de México, Lic. Ignacio Pichardo Pagaza para implementar con recursos materiales y humanos el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, y en cumplimiento a esta solicitud en septiembre de este mismo año inician operaciones con este nombre, mismo que hasta el día de hoy sigue prestando sus servicios. Este lugar tan importante para la vida del Instituto de Salud inició operaciones en el antiguo Hospital General Lic. Adolfo López Mateos ubicado en Paseo Tollocan, donde hoy se encuentra el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, y fue hasta el año de 1993 cuando pasa sus instalaciones de servicio en la planta alta del Centro de Salud Urbano de Toluca, que se ubica en Isabel la Católica N° 308, esquina con Lerdo, en la Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales, donde se llevaron las actividades de verificación a establecimientos del sector público, social y privado en la materia en todo el Estado de México, y colectas de donación voluntaria con el sector educativo, empresarial y de organizaciones no gubernamentales.

El 6 de noviembre de 2006 el área de banco de sangre sale de este lugar y es enviado al Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos para iniciar actividades y, a su vez, dotar de sangre al Valle de Toluca, además de apoyar a los puestos de sangrado que están en dicha región y mantener cerca el tejido sanguíneo a la población solicitante.

Para el año 2008 la Jefatura del Centro Estatal, el área de Normalización y la de Donación Voluntaria de Sangre ocupan el edificio ubicado en Mariano C. Olivera esquina Isidro Fabela en la Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, manteniendo

el control normativo de las acciones en materia de seguridad sanguínea. A llevado a cabo acciones en materia de actualización de la Norma Oficial Mexicana 0253-SSA1-2012 para la disposición de sangre con fines terapéuticos y en la capacitación a los profesionales de la salud implicados en medicina transfusional.

Actualmente está en proceso la reubicación del banco de sangre del propio Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea para continuar con las actividades descritas y tener abasto suficiente con calidad de los hemocomponentes, como ha sido su propósito desde su formación.

Actualmente la jefa del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea del Instituto de Salud del Estado de México, Dra. Isis Ma. López Baltazar mantiene con gran interés el cumplimiento de la normatividad en medicina transfusional, y la capacitación del personal de salud de los sectores público, social y privado para garantizar en lo posible uniformidad en el conocimiento y aplicación de la medicina transfusional, así como de incrementar la donación voluntaria de sangre en la entidad para mantener el cuidado de la salud mediante la vigilancia y certificación de la calidad de la sangre y contribuir en la prevención de enfermedades transmitidas por esta vía y seguir impulsando el uso racional de la sangre y sus componentes.†





Normas para la presentación de colaboraciones

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

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

Normas

Se publicarán únicamente trabajos originales e inéditos.

El idioma oficial de la revista es español. Los artículos escritos en inglés o francés, de ser aceptados para su publicación, deberán ser traducidos al español por cuenta del autor.

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

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

Cada trabajo deberá ir acompañado con 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.



Contenido

Se divide en las siguientes secciones:

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

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

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

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

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

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

Colaboraciones

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

Créditos por autor

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

Comisión de Bioética del Estado de México

**SECRETARIO DE SALUD
PRESIDENTE**

**DIRECTORA GENERAL DEL ISEM
VICEPRESIDENTA**

**RESPONSABLE ESTATAL DE BIOÉTICA
SECRETARIA TÉCNICA**

VOCALES

PROFR. PAULINO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

Subdirector de Apoyo a la
Educación de la Secretaría de Educación

PROFRA. RAQUEL AGAMI QUEZADA

Coordinadora del Programa Aire Limpio
del Mpio. de Toluca, 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. HILDA MARÍA LÓPEZ GRANADOS

Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud
IMSS Delegación Estatal Zona Oriente

DRA. MARÍA DEL SOCORRO ROMERO FIGUEROA

Coordinadora de Investigación del
IMSS Delegación Estatal Zona Poniente

DR. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO

Coordinador de Salud del ISEM

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 ARÉVALO
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. JUAN MANUEL ALANÍS TAVIRA
Presidente de la Academia
Mexiquense de Medicina

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

DRA. HILDA CARMEN VARGAS CANCINO
Coordinadora del Programa Estudio, Difusión y
Divulgación de la No Violencia de la UAEMéx.

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

DR. ALFREDO VIGUERAS RENDÓN
Representante de la Sociedad Mexiquense

LIC. LIZDHA IVETTE GARCÍA RODRÍGUEZ
Asesor Permanente de la COBIEM

DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN
Asesor Externo de la COBIEM

DR. OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA
Invitado Especial

Comisión de Bioética del Estado de México



Valores con sentido humano

Empatía

Tolerancia

Responsabilidad

Honestidad

Respeto

Pluralidad

Laicidad

Asertividad

Mexiquenses más sanos



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO

