



REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO

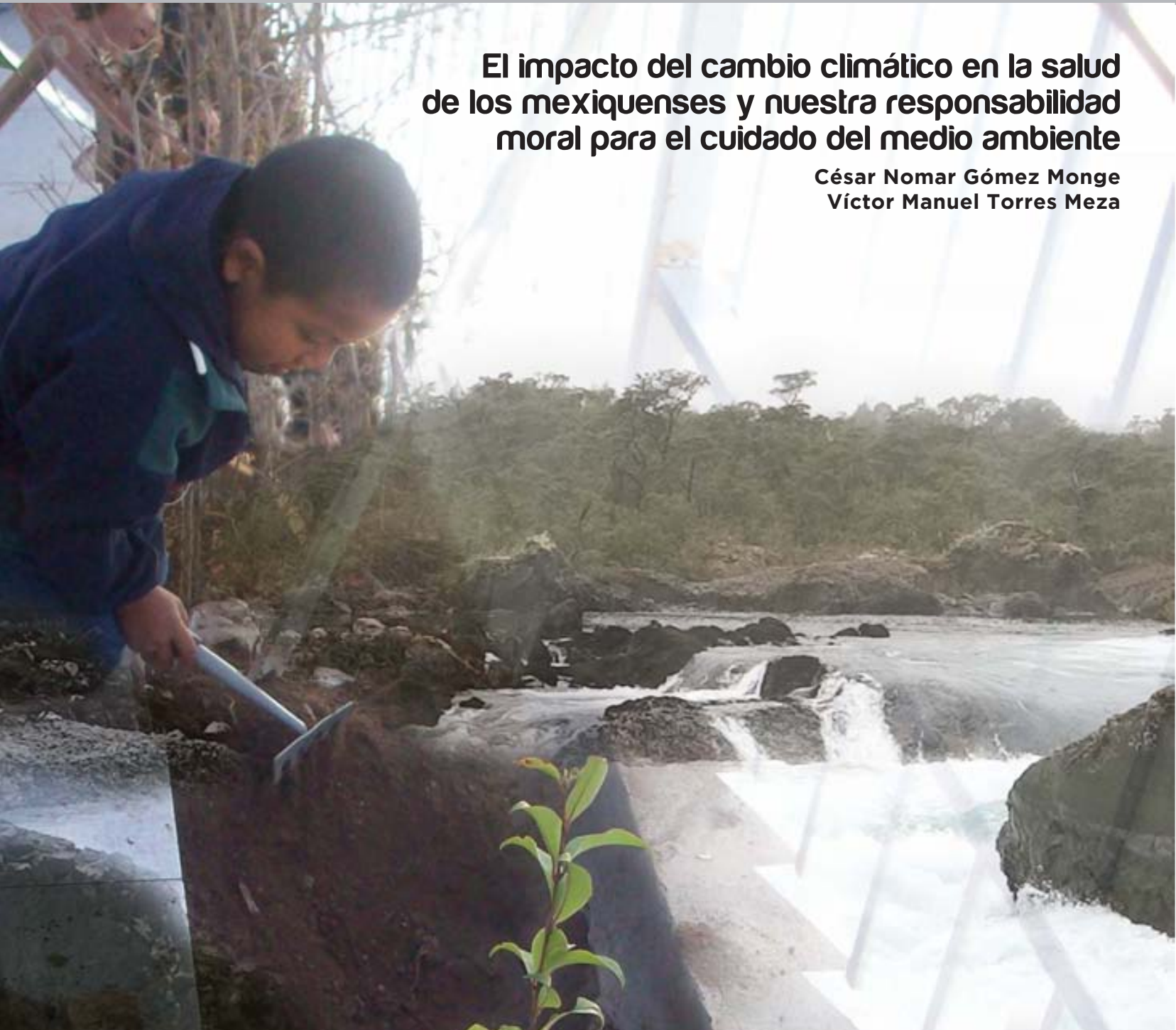
BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 5 No. 8 Enero - junio 2014

**El impacto del cambio climático en la salud
de los mexiquenses y nuestra responsabilidad
moral para el cuidado del medio ambiente**

**César Nomar Gómez Monge
Víctor Manuel Torres Meza**



2014. Año de la Bioética en México

12º Congreso Mundial de Bioética

10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética



Mexiquenses
más sanos

Sede:

Auditorio de la Casa del
Servidor Público Mexiquense
Urawa No. 127, Col. Sánchez Colín,
Toluca, Estado de México.

5 de
septiembre
de 2014

VIII Encuentro Nacional de Bioética

La importancia de la bioética en los estilos de
vida y su impacto social

Programa:

9:00 horas **Registro**

10:00 horas **Conferencia**
La Responsabilidad social de la bioética.

11:00 horas **Ceremonia de inauguración**

11:20 horas Entrega de reconocimientos a los
Comités de Bioética de las instituciones
del sector salud.

11:30 horas **Conferencia magistral**
La inteligencia emocional para gente
como tú.

12:20 horas **Presentación artística**
Dúo Cronos de la UAEMéx.

12:30 horas **Receso**

12:45 horas **Conferencia**
Pobreza, desarrollo y justicia en los
servicios de salud, desde una perspectiva
intercultural.

13:15 horas **Conferencia**

Los medios de comunicación y su
impacto social, la intervención de la
bioética.

13:45 horas **Simposio:**

- Bullying, violencia intrafamiliar e inseguridad versus coexistencia pacífica.
- La educación ambiental como una necesidad en salud.
- La importancia de la socialización de la bioética.
- Responsabilidad social desde el punto de vista ambiental en el Valle de Toluca.

14:50 horas **Receso**

15:00 horas **Clausura**

Mayores informes:

Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad.

Av. Independencia Ote. No. 903 Col. Santa Clara, Toluca, Estado de México. Teléfonos: (01 722) 2 14 86 80 y 2 15 52 44

Programa de Bioética. Comisión de Bioética del Estado de México.

Calle Mariano C. Olivera No. 100, esq. Isidro Fabela, Col. Reforma y Ferrocarriles Nacionales, Toluca, Estado de México. Teléfono: (01 722) 2 14 26 05

Correos electrónicos: isem.eibioetica@edomex.gob.mx y comisionbioeticaedomex@gmail.com

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 V, No. 8, Enero - junio 2014. 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. Inscrita en Latindex No: 23151, en mayo de 2014. Impresa por GARPIEL S.A. de C.V., Col. Sector Popular, C.P. 50040, Toluca, Estado de México, este número se terminó de imprimir el 14 de junio de 2014, con un tiraje de 500 ejemplares. Distribución gratuita.

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

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

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/05/04/14-01

Consejo editorial:

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

Comité editorial:

- José Pedro Montoya Moreno
- Jesús Luis Rubí Salazar
- Lizarda Ivette García Rodríguez
- José Torres Mejía
- Octaviano Domínguez Márquez
- Juan María Parent Jacquemin
- Elba 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
- J. Jesús Hernández Romero

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 impacto del cambio climático en la salud de los mexiquenses y nuestra responsabilidad moral para el cuidado del medio ambiente	06
Mtro. César Nomar Gómez Monge Mtro. Víctor Manuel Torres Meza	
La interdisciplinariedad en la formación médica humanista	16
Dra. María Elena V. Escalona Franco Dra. Rosa Martha Flores Estrada Mtra. María del Coral Herrera Herrera	
De la ciencia a la conciencia	
Bioética en las prioridades y políticas públicas del Programa Sectorial de Salud (PROSESA)	22
Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas Dr. César Humberto Botello Ortíz	
Muerte, enfermedad y cuerpo. Una mirada desde la profundidad del <i>Ethos</i> humano	26
Dr. Rubén Mendoza Valdés	
Perspectivas médicas y reporte de casos	
Cirugía de cataratas, bioética y derecho a la salud	32
Dr. Gabriel J. O'Shea Cuevas	
Acompañamiento psicológico a familiares y pacientes en etapa terminal	36
Dr. José Luis Sención Acosta	
Fuente informativa en bioética	
La Voluntad Anticipada en el Estado de México	42
Lic. Miguel Ángel Ordoñez Rayón	
Espacio libre y cartas al editor	
La ética y la bioética en la familia	48
Dra. Eréndira Natalia Calderón Guzmán	
Lecturas recomendadas	
Ética Médica Laica, Ruy Pérez Tamayo	52
Amor y justicia, Paul Ricoeur	
Dra. Marisabel Rivera Jiménez	
Crónica de la Primera Reunión Ordinaria de Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación	56
Dra. Ana María Millán Velázquez	
Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, Informe de Actividades 2012-2013	59
Dr. Jesús Luis Rubí Salazar	
Normas para la presentación de colaboraciones	67

Presentación

Nadie puede volver atrás, pero todos podéis seguir adelante, y mañana, cuando el sol salga, será suficiente con repetirse a sí mismo: voy a ver este día como si fuese el primero de mi vida.
Paulo Coelho

La Bioética es una disciplina emergente en el campo de la salud que día a día procura humanizar y desarrollar un diálogo entre los prestadores de servicios y quienes los solicitan: pacientes, sus familias y la sociedad en general. Por lo que saber entender a nuestros pacientes debe ser una tarea que dominen todas las áreas de una unidad de salud, desde el servicio que proporciona el departamento de limpieza, el grupo de recepcionistas, las enfermeras, hasta la calidad con la que se proporciona la atención médica. Ésta es la única manera de asegurar un éxito duradero en los hospitales, un éxito que depende de cada uno de nosotros. A medida que conocemos mejor las tareas que debemos realizar entre unos y otros, probablemente se presenten menos problemas y menos errores. Esto está relacionado con una mayor eficacia, efectividad y por supuesto mayor satisfacción de nuestros usuarios. Mejorar la calidad en el servicio, da como resultado obtener el cumplimiento de nuestras metas y objetivos.

Asimismo, el que los pacientes se sientan satisfechos con la atención puede ayudar a producir ventajas para ellos y para los profesionales de la salud, porque se da una relación basada en la confianza, y se pueden evaluar mejor sus necesidades y desarrollar tratamientos que respondan más específicamente a sus demandas de salud, contribuyendo a la buena imagen de ambos, porque los pacientes buscan en nosotros soluciones a sus problemas de salud y esperan que le brindemos estas soluciones con calidez y empatía, sintiéndose tratados con dignidad. Ya que la percepción de “valor” de los pacientes no sólo proviene del tratamiento o del servicio que usted le proporciona, sino también de la manera en la que usted lo hace. Es decir, si lo trata con respeto y cortesía, dando el tiempo necesario para comprenderlo; siendo empático para entender el punto de vista de su paciente; y solucionar adecuadamente su problema de salud. Finalmente si es confiable y cálido, si lo mira a los ojos al recibirlo y le sonríe, cumple con cualidades que la Bioética como disciplina promueve en los trabajadores de la salud, para mejorar la relación médico paciente y en general la calidad de los servicios.

En este contexto, los trabajos de la presente Revista refieren a temas objeto de las consideraciones antes mencionadas y que son procedentes del campo de la Bioética.

Secretario de Salud del Estado de México

Editorial

La aparición de la Bioética en el ámbito de la prestación de servicios para la salud ha generado un contexto muy diverso, que va desde lo jurídico, económico, ambiental, tecnológico y, por supuesto, lo social; para ser sistemáticamente institucionalizada, formando parte cada vez más de las áreas de la salud y educativas, dejando de ser sólo un conocimiento para transformarse en una práctica permanente.

Los temas presentados en esta octava edición, son diversos y vigentes; en las secciones se presentan contenidos centrales y trascendentales, que tienen que ver con la actualidad de la Bioética aplicada a la salud de las personas.

En la sección de Diálogo Bioético encontramos “El Impacto del cambio climático en la salud de los mexiquenses” muestra la responsabilidad moral que tenemos para el cuidado del medio ambiente y los posibles efectos que tendría en la salud; asimismo el artículo “La interdisciplinariedad en la formación médica humanista” aborda el problema de la súperespecialidad en las áreas del conocimiento médico, como un acto que solicita revisión, dado los resultados negativos que se han suscitado y la necesidad de retomar la ética como dirección esencial de la relación médico paciente.

En el apartado de la ciencia a la conciencia, el tema “Bioética en las prioridades y políticas públicas del Programa Sectorial de Salud (PROSESA)” es un trabajo que muestra la responsabilidad profesional y las políticas en salud que deben ser analizadas de manera interdisciplinaria, guiadas por criterios fundamentales que regulan la bioética, buscando el respeto al ser humano y a sus derechos. También encontramos el tema “Muerte, enfermedad y cuerpo” en el que se da una mirada desde la profundidad del *Ethos* humano en torno a la muerte, la enfermedad, la salud y el cuerpo, como parte de un horizonte diferente al de la ciencia actual, sobre todo al de la biología y la medicina.

En Perspectivas médicas y reporte de casos se presenta el artículo “Cirugía de cataratas, bioética y derecho a la salud”, en donde se menciona el derecho que toda persona tiene a un nivel de vida que le asegure la salud y el bienestar, en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, asimismo el derecho a los seguros en caso de pérdida de sus medios de subsistencia. Este apartado también contempla “Acompañamiento psicológico a familiares y pacientes en etapa terminal” lo que muestra la importancia de los cuidados paliativos. Además está el tema “La voluntad anticipada en el Estado de México”, que se refiere al derecho de las personas a decidir sobre las alternativas de tratamiento ante su etapa terminal. Merece un reconocimiento a los autores que han hecho de esta revista un documento de consulta, de reflexión y de aporte de experiencias que enriquecerá sin duda su labor.☞

Diálogo Bioético



El impacto del cambio climático en la salud de los mexiquenses y nuestra responsabilidad moral para el cuidado del medio ambiente

César Nomar Gómez Monge

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

Víctor Manuel Torres Meza

Director General del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

“El cambio climático es una amenaza emergente considerable para la salud pública y modifica la manera en que debemos considerar la protección de las poblaciones vulnerables”

El Panel Intergubernamental de Cambio Climático (PICC) ha manifestado que el calentamiento del planeta Tierra es inequívoco (PICC 2007). El promedio global de la temperatura de la superficie terrestre ha aumentado desde la Revolución Industrial, más notablemente en los últimos 50 años. La evidencia científica recabada permite concluir con alto nivel de confianza que muchos de los cambios observados en el sistema climático son significativos. Igualmente, dicha evidencia, además, indica que son las actividades humanas, principalmente la quema de combustibles fósiles y la deforestación, las que están ocasionando estos cambios.

El sistema climático depende del equilibrio de varios factores externos e internos; entre los externos destaca la radiación solar o los ciclos de la órbita, mientras que algunos factores internos son la composición química de la atmósfera o los ciclos del agua y el carbono. En las últimas décadas se ha identificado un importante incremento en la concentración de gases de efecto invernadero alterando la composición química atmosférica. Esta concentración prácticamente alcanza las 400 partes por millón (esrl.noaa.gov), colocándose 40% por encima de los valores medios registrados en el último medio millón de años (D. Lüthi et al, 2008).

Lo anterior tiene como consecuencia el incremento en la temperatura promedio del planeta, la cual podría llegar a sobrepasar los 4°C hacia finales de siglo. De ser así, la sociedad enfrentaría muy graves consecuencias ambientales, económicas y sociales y es por ello que éste es un momento crucial para emprender acciones inmediatas que minimicen el agravamiento y los impactos del cambio climático.

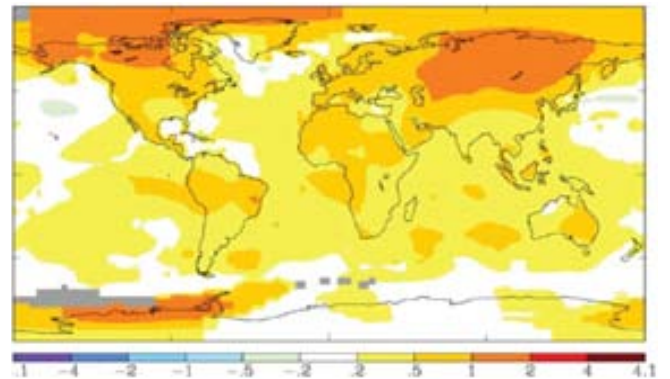
Entre los posibles efectos que tendría un aumento de la temperatura media superficial por encima de 2°C o 3°C, respecto a los niveles preindustriales, están los cambios en la frecuencia de eventos extremos de clima, tales como las sequías y las ondas de calor. Además, podrían cambiar los patrones oceánicos, lo que a su vez incrementaría la intensidad de los huracanes.



Por ejemplo, se ha estudiado que este aumento de temperatura podría derivar en una situación semejante a lo ocurrido en el Plioceno (hace entre 2 y 3 millones de años) cuando, a causa de las altas temperaturas del mar, a nivel superficial hubo un estado constante similar al fenómeno de “El Niño”, resultando en una alta actividad ciclónica (Fedorov A.V., C. M. Brierley and K. Emanuel, 2010).

En la actualidad, los cambios en la temperatura de la Tierra son evidentes. Como podemos observar en la siguiente imagen, las variaciones de la temperatura global promedio de 1981 y 2010, comparada con el promedio entre 1951 y 1980, muestra condiciones extremas

de temperatura, donde algunas zonas del planeta, en especial los polos, llegaron a sobrepasar los 2°C por encima de su media histórica (Cambio Climático y Salud humana, 2003).



Desde hace más de dos décadas, la respuesta al desafío del cambio climático se presenta de manera compartida en la arena de la negociación multilateral. La CMNUCC (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático) establece una serie de mecanismos cuyo objetivo es estabilizar las concentraciones de Gas de Efecto Invernadero (GEI) en la atmósfera de manera tal que permita el desarrollo sustentable (CMNUCC).

Este objetivo no ha sido todavía alcanzado mediante este acuerdo multilateral, por ello es necesario transitar hacia la adopción de un nuevo instrumento global jurídicamente obligatorio de participación universal, basado en la ciencia, con compromisos diferenciados pero comparables.

En la 18ª Conferencia de las Partes de la CMNUCC (COP 18), celebrada en Doha, Qatar, a finales de 2012, se aprobó una enmienda al Protocolo de Kioto (protocolo de Kioto, 2007) que formaliza la entrada en vigor del segundo periodo de compromisos y se avanzó en la denominada “Plataforma de Durban para la Acción Ampliada”. Esta plataforma tiene el objetivo de lograr un protocolo, un instru-

mento o un resultado acordado con fuerza legal para 2015, el cual se implementará a más tardar a partir de 2020. A la par de estos procesos, para los países en desarrollo se impulsan las Acciones de Mitigación Nacionalmente Apropriadas (NAMA) con la posibilidad de ser respaldadas y facilitadas mediante tecnología y financiamiento internacional. Estas acciones tienen la finalidad de contribuir al cumplimiento de las metas voluntarias de reducción de emisiones definidas por los países en desarrollo.

La efectividad de los acuerdos alcanzados en el plano multilateral se ve afectada por la falta de compromiso de algunos países para reducir emisiones y para generar y gestionar recursos suficientes en la ejecución de medidas de adaptación. Además, prevalece la polarización de posiciones y la ausencia de liderazgo de países estratégicos para remontar estas divergencias.

Ante este escenario, toman forma y valor acciones de cooperación bilateral y mercados de carbono emergentes. La Unión Europea, países como Australia, Japón y Nueva Zelanda, así como varios estados de los Estados Unidos de América y provincias de Canadá, han creado marcadore de emisiones que promueven acciones de mitigación a partir de topes de emisión y medidas de comercio. Estos mercados minimizan el costo de las reducciones de GEI, promueven la creación de nuevas capacidades y el fortalecimiento de sistemas de Medición, Reporte y Verificación (MRV).

En México prevalecen condiciones de alta vulnerabilidad ante el cambio climático.

La información sobre los impactos climáticos históricos y las tendencias socioecológicas y socioeconómicas, aunados a los fenómenos actuales de industrialización y urbanización, el uso indiscriminado y consecuente deterioro de los recursos naturales, entre otros, representan un problema ambiental, social y económico que se agudizará por los efectos del cambio climático.



En ese contexto, la adaptación debe ser un componente central de cualquier esfuerzo de combate al cambio climático. Respecto a la emisión de dióxido de carbono CO₂, México contribuyó en 2011 con el 1.4% de las emisiones globales derivadas, principalmente, de la quema de combustibles fósiles. De acuerdo con estas cifras, México es el décimo segundo país con mayores emisiones del mundo (Agencia Internacional de Energía 2012).

Pese a que podría decirse que nuestra contribución no es significativa, si se compara con la de los grandes emisores, México es un país con responsabilidad global, convencido de que el desarrollo económico puede y debe alcanzarse protegiendo al medio ambiente, por ser éste un bien público del que dependemos todos los países del mundo.

Hay pruebas abrumadoras de que las actividades humanas están afectando al clima mundial, lo cual tiene graves repercusiones en la salud pública. El calentamiento global tiene consecuencias que ponen en riesgo la salud, tales como los fenómenos meteorológicos catastróficos, la variabilidad de los climas, que afecta a los suministros de agua y alimentos, los cambios de la distribución de los brotes de enfermedades infecciosas o las enfermedades emergentes relacionadas con los cambios de los ecosistemas.

Las repercusiones sanitarias del cambio climático ya se hacen sentir: aumento del número de fallecimientos por olas de calor, aumento de desastres naturales tales como las inundaciones, y cambios de la distribución de enfermedades potencialmente mortales transmitidas por vectores, como el paludismo.

Según la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, el cambio climático continuado tendrá profundas consecuencias negativas en algunos de los determinantes sociales y ambientales de la salud, como los alimentos, el aire y el agua. Las zonas que disponen de una infraestructura sanitaria débil, en su mayoría situadas en los países en desarrollo, serán las menos aptas para prepararse y dar respuesta a estos problemas si no reciben ayuda.



En este artículo se describen los efectos actuales y futuros del cambio climático en la salud, y cómo las medidas de lucha contra el calentamiento global pueden contribuir a aumentar la seguridad sanitaria de la población mundial.

A continuación se describen los principales cambios, datos de Cambio Climático y sus efectos en la Salud:

A lo largo de los últimos 50 años, las actividades humanas, y en particular la

ignición de combustibles fósiles, han liberado cantidades de dióxido de carbono y otros Gases de Efecto Invernadero (GEI) suficientes para afectar al clima mundial. La concentración atmosférica de dióxido de carbono CO₂, gas que atrapa más calor en las capas bajas de la atmósfera, ha aumentado en más de 30% desde los tiempos anteriores a la Revolución Industrial. Los consiguientes cambios del clima mundial conllevan una serie de riesgos para la salud, tales como el aumento de la mortalidad por las temperaturas extremadamente elevadas o el cambio de la distribución de las enfermedades infecciosas.

Del Ecuador a los polos, el clima y la meteorología tienen grandes repercusiones directas e indirectas en la vida humana. Los fenómenos meteorológicos extremos, como las grandes lluvias, las inundaciones o los huracanes como el que arrasó Nueva Orleans (EE.UU.) en agosto de 2005, ponen en peligro la salud y destruyen propiedades y medios de subsistencia. En la última década del siglo XX, los desastres naturales relacionados con las condiciones meteorológicas produjeron aproximadamente 600 mil muertes en todo el mundo, 95% de ellas en países pobres.

Las variaciones meteorológicas intensas a corto plazo también pueden afectar gravemente a la salud, causando estrés térmico o un frío extremo (hipotermia) y provocar el aumento de la mortalidad por enfermedades cardíacas y respiratorias. Estudios recientes parecen asociar las temperaturas récord alcanzadas en el verano de 2003 en Europa Occidental, con las 70 mil muertes más en el mismo periodo de años anteriores.

El aumento de la temperatura global modifica los niveles y la distribución estacional de partículas aéreas naturales (por ejemplo, el polen) y pueden provocar el asma. Hay aproximadamente 300 millones de personas con asma y se teme que la alza en la temperatura eleve el número de personas con dicha enfermedad.

La elevación del nivel del mar, otra consecuencia del calentamiento global, aumenta el riesgo de inundación de las costas y podría causar desplazamientos de población. Más de la mitad de la población mundial vive en una franja costera de 60 km de ancho. Además de producir directamente lesiones y muertes, las inundaciones pueden aumentar el riesgo de infecciones transmitidas por agua y por vectores. Los desplazamientos de la población pueden aumentar las tensiones y el riesgo de conflictos.



El aumento de la variabilidad de las precipitaciones puede poner en riesgo el suministro de agua dulce. La escasez de agua afecta ya a 40% de la población mundial. La falta de agua y su mala calidad pueden poner en peligro la salud y la higiene, con el consiguiente aumento de enfermedades diarreicas (causa de la muerte de 2.2 millones de personas cada año), de tracoma (una infección ocular que puede producir ceguera) y otras enfermedades.

La escasez obliga a las personas a transportar el agua desde lugares alejados y a almacenarla en sus casas. Esto puede aumentar el riesgo de contaminación del agua y de las consiguientes enfermedades, además de servir de criadero de mosquitos que son vectores de enfermedades debilitantes como el paludismo o el dengue.

Las condiciones climáticas influyen en las enfermedades transmitidas por el agua y por vectores como los mosquitos. Las enfermedades sensibles al clima se encuentran entre las principales causas de muerte. La diarrea, el paludismo y la malnutrición proteínocalórica produjeron más 3 millones de muertes en 2004, de las cuales más de un tercio se registraron en África.

La mal nutrición es la causa de millones de muertes anuales, tanto por la falta de nutrientes suficientes para mantener la vida, como por el aumento de la vulnerabilidad a enfermedades respiratorias y enfermedades infecciosas como el paludismo o la diarrea. Se prevé que el aumento de la temperatura del planeta y de la variabilidad de las precipitaciones reduzca las cosechas en muchas regiones tropicales en desarrollo donde la seguridad alimentaria ya es un problema.

Las medidas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero o atenuar las repercusiones sanitarias del cambio climático pueden tener otros efectos positivos en la salud. Por ejemplo, el fomento del uso del transporte público y de los medios de desplazamiento activos (la bicicleta o el caminar) como alternativa a los vehículos privados podría reducir las emisiones de dióxido de carbono y mejorar la salud pública. Además de reducir las lesiones relacionadas con el tránsito, también reduciría la contaminación del aire y las enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas. El aumento de la actividad física puede reducir las tasas generales de mortalidad.

Un tema de especial importancia en el combate al cambio climático es la generación de conocimiento formal y su aplicación en técnicas, procedimientos y tecnologías mediante la utilización de la ciencia, la innovación tecnológica y la educación como medios para proteger y mantener el desarrollo sustentable. La investigación sobre cambio climático es relativamente nueva

en nuestro país, por lo que la generación de conocimiento respecto a este tema es sumamente significativa y requiere de una dedicación continua y dinamismo por parte de los tres órdenes de gobierno, instituciones académicas como universidades, redes de investigación, el sector productivo y el involucramiento de la sociedad en general.



Construcción de una cultura climática

México cuenta con una población creciente y cada vez más plural y dinámica, generadora y demandante de recursos intelectuales, culturales y científicos. La formación y el conocimiento son herramientas indispensables para que los ciudadanos puedan ejercer sus derechos, conocer sus responsabilidades y sean capaces de tomar decisiones fundamentadas sobre los aspectos de su vida diaria. En nuestro país la cobertura escolar en el nivel básico es prácticamente universal, lo que le permite ser un vehículo efectivo de comunicación de conocimientos sobre cambio climático. Además, existen principios de educación ambiental con algunos componentes de cambio climático en los niveles básico y medio. También se realizan programas de capacitación sobre sustentabilidad y cambio climático en el sector privado, social y la academia. En el ámbito civil todavía son muy pocos

los productos y servicios que informan al consumidor sobre su huella ecológica y son prácticamente inexistentes aquellos que contemplan e informan al usuario sobre las emisiones generadas durante su ciclo de vida.



Tal y como lo establece el principio 10 de la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, esta Estrategia recalca que “el mejor modo de tratar las cuestiones ambientales es con la participación de todos los ciudadanos interesados en el nivel que corresponda. En el plano nacional, toda persona deberá tener acceso adecuado a la información sobre el medio ambiente del que dispongan las autoridades públicas [...] así como la oportunidad de participar en los procesos de adopción de decisiones.

Los estados deberán facilitar y fomentar la sensibilización y participación de la población poniendo la información a disposición de todos. Deberá proporcionarse acceso efectivo a los procedimientos judiciales y administrativos, entre éstos, el resarcimiento de daños y los recursos pertinentes”.

La responsabilidad ambiental introducida en nuestra Constitución Política mediante una reforma constitucional al artículo 4º, en febrero de 2012, y la reciente expedición en junio de 2013 de la Ley Federal de

Responsabilidad Ambiental permitirán a los particulares acceder al sistema nacional de justicia para exigir la reparación del daño ambiental.



Esto abre la posibilidad a la sociedad de hacer valer su derecho a un medioambiente sano y cumplir con el objeto de la Ley General de Cambio Climático (LGCC).

Problemática

El cambio climático incide de manera directa e inmediata en la salud de la población en México, exponiéndola a eventos importantes de riesgo sanitario como: incremento de enfermedades tropicales como el dengue, paludismo y diarreas, entre otros.



Acciones emprendidas por el Sector Salud

Evaluar las repercusiones del cambio climático en la salud y formular estrategias de adaptación para fortalecer funciones clave para la protección frente a los riesgos climáticos, con el objetivo de garantizar la equidad sanitaria y otorgar prioridad a la protección de la seguridad sanitaria de los grupos especialmente vulnerables.

•Evaluación de escenarios de cambio climático en distintos grupos sociales tomando en cuenta proyecciones demográficas.

Elaboración de cartografía de zonas vulnerables.

Atlas Nacional de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

-Prevenir y controlar los efectos nocivos de los factores ambientales en la población expuesta.

-Alertar y prevenir de manera oportuna a la población en episodios de riesgos ambientales.

Cómo:

a. Contar con información sobre la población expuesta a riesgos, (quema de combustibles fósiles y biomasa, la calidad de agua para consumo humano, la infraestructura de atención hospitalaria, contaminantes ambientales: intra y extra muros).

b. Crear mapas temáticos de morbilidad y mortalidad asociados a los principales riesgos sanitarios.

c. Crear modelos de pronósticos de evaluación de riesgo.

d. Crear escenarios económicos sobre los efectos en la salud por la exposición a diversos contaminantes ambientales.

•Planes de actuación en salud pública a partir de sistemas de alerta temprana.

Construir y desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica para identificar y proteger a la población en sitios vulnerables a los efectos del cambio climático (inundaciones), así como para prevenir el decremento o incremento de temperatura en el país.

Indicador:

- a.Población vulnerable.
- b.Tasa de morbilidad de padecimientos respiratorios por decremento de temperatura.
- c.Tasa de mortalidad por incremento de temperatura (golpes de calor).

•Programas de vigilancia de enfermedades de transmisión por vectores.

A desarrollar por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE).

•Desarrollo de actividades para incrementar la conciencia y participación ciudadana ante riesgos en la salud de la población.

•Evaluación de escenarios de cambio climático en distintos grupos sociales tomando en cuenta proyecciones demográficas.

Por exposición a sustancias tóxicas o peligrosas.

Disminuir las concentraciones y volúmenes de gases efecto invernadero.

Proteger a la población contra riesgos por sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos producto del impacto de plaguicidas, fertilizantes, precursores químicos y químicos esenciales.

Cómo:

Identificación y planes de manejo de sustancias tóxicas, plaguicidas fertilizantes, precursores químicos y químicos esenciales prioritarios en el ambiente a nivel local, regional y global.



•Elaboración cartográfica de zonas vulnerables.

Riesgos derivados de factores ambientales.

Disminuir la emisión de gases efecto invernadero a la atmósfera, producto de procesos de combustión (industrias, vehículos, quema de biomasa).

Cómo:

Establecer medidas e indicadores de impacto de riesgo en la salud de la población por exposición a sustancias y emisiones producto de procesos de combustión.

•Planes de actuación en salud pública a partir de sistemas de alerta temprana.

Saneamiento básico. Coadyuvar a la disminución en la generación de gases efecto invernadero provenientes de residuos generados entre otros, en establecimientos como hospitales, rastros, etcetera.

Cómo:

Disminución de las emisiones provenientes de la quema de residuos peligrosos, disminución de emisiones de CO₂ producto de la combustión de biomasa en las zonas rurales del país y realizar campañas para evitar las exposiciones a agentes nocivos para la salud; así como intensificar el reciclado y reuso de materiales.

Los acuerdos internacionales sobre cuestiones ambientales a escala mundial, como el cambio climático, deben tener en cuenta los principios del desarrollo sostenible propuestos por el Programa 21 y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

Comprenden el “principio de precaución”, el “principio de costos y responsabilidad”

(el costo de la contaminación o de los daños al medio ambiente debe recaer en los responsables) y la “equidad”, tanto en los países como entre ellos, y a lo largo del tiempo (entre las generaciones).

La observancia de estos principios ayudaría a evitar futuras amenazas para el medio ambiente global y reducir las actuales. Con el cambio climático ya en marcha, es preciso evaluar vulnerabilidades y determinar las opciones de intervención o adaptación (IPPC 2001).

Una planificación precoz en materia de salud puede reducir los futuros efectos adversos en este ámbito, pero la solución óptima está en manos de los gobiernos, la sociedad y los individuos, y exige cambios en los comportamientos, las tecnologías y las prácticas para permitir la transición hacia la sustentabilidad.





Referencias Bibliográficas

- ACUERDO por el que se expide la Estrategia Nacional de Cambio Climático.
- Agencia Internacional de Energía, “CO2 Emissions from Fuel Combustion”, 2012.
- Cambio climático y Salud Humana. Riesgos y respuestas. RESUMEN. OMS, OMM PNUMA. 2003.
- CECADESU, 2009. Estudio Nacional de Percepción en materia de cambio climático. México.
- CECADESU, 2010. Estudio Nacional de Percepción en materia de cambio climático. México.
- CECADESU, 2011. Estudio Nacional de Percepción en materia de cambio climático. México.
- CECADESU, 2012. Evaluación de la percepción social en materia de cambio climático. México.
- Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), 2013.
- CMNUCC. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Unfccc.int/portal_español...consultado en marzo 2014.
- Comunicado_CEVECE-228-2012 Daños a la salud por cambio climático Doha.
- Comunicado_CEVECE-232-2012 Cambio climático ¿Cómo puede la epidemiología mejorar la información de las políticas de salud.
- D. Lüthi et al. 2008, High-Resolution carbon dioxide concentration record 650,000-800,000 years before present, Nature 453, 2008.
- DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Cambio Climático. 08/04/2013.
- El Protocolo de Kioto Anexo I. <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>.
- Fedorov A.V., C. M. Brierley and K. Emanuel, 2010. Tropical cyclones and permanent El Niño in the Early Pliocene. Nature, 463: 1066-1070.
- FORO NACIONAL DE SALUD AMBIENTAL. DOCUMENTO FINAL Marzo, 2013.
- IPCC Climate Change 2001. Impacts, adaptation and vulnerability. IPCC 2001.
- IPCC, 2007: Climate Change 2007: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Solomon, S., D. Qin, M. Manning, Z. Chen, M. Marquis, K.B. Averyt, M. Tignor and H.L. Miller (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, 996 pp.
- IPCC, 2007: Summary for Policymakers. In: Climate Change 2007: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Solomon, S., D. Qin, M. Manning, Z. Chen, M. Marquis, K.B. Averyt, M. Tignor and H.L. Miller (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA.
- PLAN DE ACCIÓN EN EL SECTOR SALUD FRENTE AL CAMBIO CLIMÁTICO EN MÉXICO. Seminario internacional contaminación ambiental, cambio climático y efectos en la salud humana. 24 Y 25 DE MAYO 2012. México DF.
- Recent Monthly Average Mauna Loa CO2. <http://www.esrl.noaa.gov/qmd/ccq/trends>.
- The World Bank, 2012. Turn Down The Heat, why a 4°C warmer world must be avoided. Recuperado en <http://climatechange.worldbank.org/sites/>.

La interdisciplinariedad en la formación médica humanista

María Elena V. Escalona Franco

Doctora en educación y profesora de tiempo completo en la Facultad de Odontología UAEMéx.

Rosa Martha Flores Estrada

Doctora en educación permanente y profesora de tiempo completo y posgrado en la Facultad de Odontología UAEMéx.

María del Coral Herrera Herrera

Profesora en la Facultad de Humanidades UAEMéx.

Resumen

El artículo aborda el problema de la súperespecialidad en las áreas del conocimiento médico como un acto que solicita revisión dado los resultados negativos que se han suscitado, ya que el paciente ha pasado a ser un número en la estadística olvidando su humanidad. Así que es muy importante volver a la relación moral médico-paciente que contribuirá a retomar la ética como dirección esencial de tal relación.

Para ello, se presentan algunas reflexiones sobre el pensamiento complejo desde la visión de Edgar Morín, la ciencia y la *metacognición* para que a través del señalamiento de la relación de consciencia y ciencia quede un rastro que permita la reflexión profunda que debe existir y ser propiciada entre estos dos factores indisolubles médico y paciente y/o docente-discente (Morín, 2002).

Palabras clave: metacognición, complejidad, súper especialización.

¿Qué espacio podemos conceder a la metacognición y su interpretación desde el pensamiento complejo en la relación médico-paciente?

El médico, su tarea y la responsabilidad

Para iniciar el comentario quiero señalar un punto que es muy interesante de lo propuesto por Morín sobre un asunto moral y ético, el cual es profundamente formativo y que tiene que ver con su concepto de organización, autonomía y que retomo para discutir sobre el papel de la *metacognición* como proceso cognitivo mental en la cual los sujetos toman consciencia de lo que aprenden en la relación médico-paciente (Morín, 1999), cito “¿Cómo

concebir, entonces, la responsabilidad del hombre respecto a la sociedad y la de la sociedad respecto del hombre cuando ya no hay hombre ni sociedad?”. Morín hace esta reflexión a raíz de la hiperespecialización y la creencia de que resulta imposible pensar científicamente al individuo, al grupo y en general a la sociedad; desde esta perspectiva no se podría hacer “ciencia” en el aula y menos en la relación profunda entre el médico y pacientes, o, usando el binomio docente-discente para señalar otro modelo de relación (Serrano, 1993).

Esta presunción aniquilaría de inmediato una relación esencial para crear lo humano, si esto fuera real el método científico se auto aniquilaría pues ya no tendría un deber ser. La ciencia es una creación humana, es decir, la posibilidad de conocimiento está dada desde una complejidad de circunstancias, pero hay una proverbial que es la dictada por el fenómeno fundamental que es la vida, el Bios, desde esta plataforma; se comenta que desde la concepción el “individuo” inicia su camino en el conocimiento (no discutiremos qué clases de conocimientos pero aseveramos que ya es un proceso de reconocimiento, conocimiento y creación). Así, la construcción del conocimiento se basa en la capacidad de sobrevivir en primer lugar y en segunda instancia en la capacidad de construcción de los diferentes sentidos que dotan al individuo y que provienen de su circunstancia social (Morín, 1996).



Desde ese orden de ideas podemos hablar de la gran respuesta que significa la relación médico-paciente y del acto potencia “evento” que se lleva a cabo en esta relación, de ahí, a relacionarlo, con la autonomía y la responsabilidad, ya que las dos se incluyen de manera definitiva.



La responsabilidad es una virtud o cualidad de la libertad humana, que no se da sin consciencia del acto y del proceder dentro de un grupo para con éste y con sí mismo, por ello es un acto de autonomía; así libertad como consciencia de la consciencia y del acto volitivo del conocimiento del conocimiento, está signado por la responsabilidad en su capacidad de autonomía. “Un sistema abierto es un sistema que alimenta su autonomía, pero a través de la dependencia con respecto al medio exterior” (Serrano, 1993) la idea es precisamente el trabajo en bucle desde todos los aspectos humanos. La libertad, la responsabilidad no se dan en solitario sino que tiene su mayor énfasis en lo social, comunitario u organizacional.

Es en este sentido de comunidad en el que se integran los multifactores que se presentan en la vida médica ya sea virtual o presencial y en la que podríamos presentar una organización, cito “... la organización debe convertirse en la columna vertebral de toda teoría sobre las cosas, los seres y la existencia” (Morín, 2002).

Así el consultorio u hospital es un espacio donde se dan confluencia el *topos* y el *ethos*, tanto biológico como anímico, creando un ambiente en donde se puede dar la metacognición y la reflexión de ella por los elementos de la diada mencionada.



El espacio de complejidad es nítido en cuanto que apreciamos que es una actividad que de naturaleza tiene compromiso fundamental con el conocimiento y la metacognición en cuanto que es el “lugar” donde se generan los primeros “modelos” que orientan la idea y su *poiesis* (creación) (Morín, 2005). Ahora el problema es que el Sistema Nacional de Salud no privilegia la reflexión sobre los saberes, y menos sobre cómo se da el proceso de aprehensión o de creación de ellos. La gran pregunta sería ¿Cómo se propicia esta metacognición desde un *ethos* (costumbre) que no sabe de él? Y le sumamos a este pequeño problema la aceleración reciente e inédita que estamos sufriendo constantemente los humanos ante la proliferación de información basada en

un proyecto de “cultura global” que ya nos explotó en las manos, pues no podemos dejar de notar que esta globalidad se ha basado en informaciones que corren tan rápido que no propician la reflexión, por lo que la construcción de saberes se ve postergada.

Creo que el problema básico de trabajar vitalmente la metacognición en el hospital tiene que ver con la necesidad de metamorfosis que propone Morín (Morín, 2003), la revolución que implica que se den las condiciones para encaminar a la dupla médico-paciente sobre la muy individual manera de la consciencia del conocimiento es todo un reto ya que la línea que se sigue es la del manejo de la *Mass* (media a través de los medios tecnológicos de información y de comunicación) que en ningún momento han tenido como fin la cognición asertiva y mucho menos la autoconsciencia del hombre en algunos de los niveles humanos.



Así, la transformación parte de la familia y de la educación formal una infratextura sustentada en una infraestructura esencial que se mueve en el campo de la no ética,

señalado en los primeros párrafos, a partir de la responsabilidad y su lugar en la moral y la ética, a la par que el campo de la ciencia como el horizonte en crecimiento para la metamorfosis:

La ciencia se ha convertido en la infratextura de las infraestructuras. Animando, segregando la infraestructura económica, está la técnica en movimiento; animando, segregando la técnica en movimiento, está la investigación científica; animando la investigación científica está la invención; animando la invención, la intuición oscura y fluyente, está el poder de lo imaginario; animando lo imaginario, la psique; animando la psique, está la dialéctica global del ser humano, a su vez unida a la dialéctica global de la sociedad, animada a su vez por las infraestructuras. De este modo embuclamos el círculo, practicando una rotación que pasa por lo imaginario, que es la superestructura que fluye de profundidades más profundas que las infraestructuras sociales... Así, en el más íntimo tejido de la ciencia, encontramos, unidas y antagónicas, dos infraestructuras, una, la psique y el sueño, la otra, el desarrollo técnico y económico (Morín, 2002).

Y entonces la respuesta a la pregunta sería que el espacio es ineludiblemente trascendente pero que no se está cumpliendo con esa responsabilidad, en el aquí y el ahora mexicano, la acción se da en fragmentos, escapa a la intención de formar para la superación individual y de grupo conseguida a través de la investigación, reflexión y sabiduría.

El diseño de los planes curriculares por competencias en el campo de la medicina está fracasando desde cuestiones tan simples como lo que se entiende por "competencia" atribuyéndole al término solo un sentido y no viéndolo desde su significado amplísimo

de desarrollo y reflexión; interacción y comunicación; respeto y responsabilidad; comunidad y honor.



Abrir la propuesta de metacognición nos propone un trabajo interesante desde el entendimiento de la relación médico-paciente hasta la capacidad de transmitir la duda con miras a la curiosidad que provee de espacios que muestren cómo generamos conocimiento. El consultorio u hospital se debe reconocer como un *topos* de complejidad en cuanto en ella podemos accionarnos en ejercicio dialéctico precisamente porque en ella se trabaja lo real, en ella se presenta una organización que puede superar el modelo sistémico ya que puede jugar con los papeles de representación de los actores y generar desde el orden/desorden el conjuro que precede a la epifanía hologramática de la metacognición.

Para ello el trabajo es como lo señala Morín en el prefacio: señas de identidad de su texto *Ciencia con consciencia* (Morín, 1984), parafraseando diría que el conocimiento se desencadena ante eventos singulares que nos llevan por múltiples y complejos derroteros unidos indudablemente a una ecología de la vida individual que navega en el *ethos* humano.☞



Referencias Bibliográficas

-Morín, E., 1984. Ciencia con conciencia. Trad. Ana Sánchez ed. Barcelona: Anthropos.

-Morín, E., 1996. El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología, Volumen Kairós, Barcelona.

-Morín, E., 1999. Introducción al pensamiento complejo. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO, París ed. Barcelona 1990: Edit. Gedisa.

-Morín, E., 2002. El Método III. El conocimiento del conocimiento. Madrid: Cátedra.

-Morín, E., 2005. Epistemología de la complejidad. Biblioteca Virtual sobre el pensamiento complejo, Consultado el 27 de marzo de 2012(www.pensamientocomplejo.com), p. 8.

-Morín, E. R. C. E. M. R. D., 2003. Educar en la era planetaria. Barcelona: Editorial Gedisa.

-Serrano, M. M., 1993. La producción social de la comunicación. Madrid, España: Alianza.

De la Ciencia a la Conciencia



Bioética en las prioridades y políticas públicas del Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

César Humberto Botello Ortíz

Asesor de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

La Bioética se define como: “El estudio sistemático de los problemas de la biomedicina de carácter interdisciplinario y plural a la luz de los principios y normas morales” (Reich NT. 1978). Representa un trabajo en todos los continentes, donde necesariamente existe la responsabilidad profesional, e incumbe a los seres humanos; que día a día ofrece retos que se deben de analizar de manera interdisciplinaria, concluyendo en opciones guiadas por sus cuatro principios: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia. El criterio fundamental que regula a la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables y a su bien verdadero e integral.

Es una respuesta a los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y tecnológico en las diferentes ramas de las ciencias de la vida, así como su impacto sobre la existencia de todos los seres vivos y el planeta. Puede entenderse como una reflexión crítica sobre la vida y la salud, como una nueva forma de tomar decisiones en esos

ámbitos, como una disciplina académica. En cualquiera de los casos, implica un diálogo interdisciplinario e intercultural (Brussino S. 2012).

El tema de bioética aplicado a políticas públicas debe entenderse a través de los dilemas que engloba la protección a la salud, el cuidado del entorno y la reflexión de los temas públicos, por los cuales las estrategias encaminadas al bienestar físico y emocional de la población estén cimentadas en términos de equidad y respeto a los derechos humanos. Derechos fundamentales de las personas y la dignidad humana, para así lograr una atención efectiva y con calidad.

La bioética dentro de sus principios “el de justicia” examina las repercusiones sociales de las decisiones biomédicas, de modo que costos y beneficios sean equitativamente repartidos en la colectividad. Por lo tanto la bioética no debe invocarse sólo después de que los principios éticos se han quebrantado

y nos encontramos frente a una situación éticamente cuestionable que requiere solución.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su Artículo 26: *el Estado organizará un sistema de planeación democrático del desarrollo nacional...* Con base a lo anterior se realizó el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 documento donde se definen las prioridades nacionales y del que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal (Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018).

El Programa Sectorial de Salud, junto con la Bioética abordan los determinantes sociales de salud, en el marco de una transición epidemiológica y demográfica, lo que permite fortalecer sus políticas públicas.

Los indicadores de salud mejoraron durante los últimos años en México, por ejemplo: la esperanza de vida se incrementó a más de 75 años. La mortalidad infantil decreció de 39.1 defunciones por mil nacidos vivos en 1990 a 13.7 muertes en el 2011. En tanto la mortalidad de los niños menores de cinco años es de 47.1 a 16.3 defunciones por mil nacidos vivos en el mismo periodo (Rendición de Cuentas en Salud. 2011).



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud, Cubo defunciones 1972 - 2012, fecha de consulta 1 de abril de 2014.



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud, Cubo del Sistema Epidemiológico Estadístico de las defunciones, 2012, fecha de consulta 1 de abril de 2014

La definición de prioridades en salud describe los enfoques analíticos estandarizados en la toma de decisiones, por ejemplo, el de costo-efectividad, se combinan con otros criterios para dar respuesta a las expectativas legítimas de los pacientes y asegurar un financiamiento justo en este sector, para los hogares.

La salud es un bien preciado y puede verse vulnerada por múltiples factores en los seres humanos, por lo que debe ser tutelada por la acción del Estado, con un Sector Salud debidamente organizado y con la colaboración de la población.



Es así que la Comisión Nacional de Bioética establece las políticas públicas de salud vinculadas con ésta temática de acuerdo a su decreto de creación.

El Programa Sectorial de Salud al respecto contempla las siguientes líneas de acción:

- El fomento del respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud.
- Que las investigaciones atiendan los criterios éticos y protección de los derechos humanos.
- Incorporando el enfoque bioético en las políticas públicas.

- Consolidando las Comisiones, nacional y estatales de bioética, y los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación.

- Promoviendo la observancia de criterios de bioética internacionalmente acordes con el interés y las políticas de salud del país.

- Difundiendo la cultura bioética entre la sociedad, impulsando la capacitación del personal y la formación de profesionales en la materia.

En este contexto es importante citar los seis objetivos que contempla en general el PROSESA:

- 1.Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- 2.Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- 3.Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
- 4.Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- 5.Asegurar la generación y el uso de los recursos en salud.



6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Asimismo, reconocer los 16 indicadores que contempla el PROSESA de resultado, reconocidos como prioritarios tanto por las instituciones de salud como por organizaciones de la sociedad civil y por los organismos internacionales.

1. Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año.

2. Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.



3. Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.

4. Tasa de mortalidad por cáncer de mama.

5. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Referencias Bibliográficas

-Brussino S. 2012. Reflexiones para una bioética implicada en la cultura de los derechos humanos, Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, V. 29, N. 4 Lima oct. / dic.

-Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

-Reich WT. 1978. Encyclopedia of bioethics. New York: The Free Press.

6. Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (Indicador definido por la OCDE).

7. Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de las especificaciones de la NOM.

8. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículo de motor.

9. Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.

10. Tasa de mortalidad infantil.

11. Razón de mortalidad infantil.

12. Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros.

13. Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas.

14. Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud.

15. Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica.

16. Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud.

De conformidad con la legislación nacional actual, que habrá de fortalecer la protección de la salud de las personas y su calidad de vida. Hoy la bioética se ha posicionado y participa en el campo de la salud de manera importante en las políticas públicas, observando las prioridades e integrando el Programa Sectorial de Salud.

-Rendición de cuentas en Salud 2011, Secretaría de Salud Federal.

-Villalba J. y cols. 2008. Generalidades de la bioética. Rev. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, vol. 21 (4), octubre - diciembre.

Muerte, enfermedad y cuerpo. Una mirada desde la profundidad del Ethos humano

Rubén Mendoza Valdés

Investigador de tiempo completo del Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación

Resumen

La mirada que se muestra en torno a la muerte, la enfermedad, la salud y el cuerpo, parte de un horizonte diferente al de la ciencia actual, sobre todo al de la biología y la medicina. Lo que aquí se pretende pensar desde lo profundo es el sentido, no su objetividad. Sentido es el proyecto existencial hacia el cual se dirige la posibilidad de cada uno de estos fenómenos, por eso mismo no pueden ser pensados como simples términos positivos y negativos, en los cuales uno se muestra como la contradicción del otro. Bajo esta perspectiva, la muerte y la vida, la enfermedad y salud, se unen en una sola posibilidad de ser, todo ello en una unidad integral de posibilidades que habrá de entenderse como “cuerpo”, aquello que tiene un modo propio de ser, *Ethos*, en tanto su ser es construcción constante, que inicia con la vida y termina con la muerte. La vida inicia el camino hacia la muerte, y la muerte sólo concluye viviendo.

El sentido de la vida se ha desligado, en el pensamiento científico actual, del fenómeno de la muerte; es decir ambas son pensadas

desde la biología y la medicina, como dos posibilidades contrapuestas: una excluye a la otra y viceversa. La pregunta central de esta reflexión parte de la idea de interrelacionarlas, de tal manera que no sean excluyentes sino incluyentes; aún más, que la posibilidad de una sea la otra y viceversa. Desde esta perspectiva habrá de pensarse, en adelante, bajo un enfoque diferente de la muerte, la salud y la enfermedad, así como del sentido del organismo. Estas son perspectivas miradas a través de la filosofía y, sobre todo, de una postura existencial de la vida/muerte. De esa manera, la vida no será analizada a través del *Bios*, el cual las disciplinas entienden como el funcionamiento fisiológico dentro de una anatomía de los organismos vivos, desde el *Körper* (el cuerpo anatómico), sino desde *Leib* (el cuerpo de la experiencia vivencial), la posibilidad de unir lo biológico con la existencia en la que se involucran el sentido, la alegría, la tristeza, el dolor, la angustia, el miedo, la zozobra, el aburrimiento, la esperanza, la fe, etc.

La pregunta por la muerte

La muerte es una posibilidad de lo humano. En la mitología griega puede encontrarse que a los humanos, a diferencia de los dioses, se les llama *mortales*: aquellos que tienen la experiencia de la muerte. Por eso la muerte no es un concepto que se oponga a la vida, sino una posibilidad de ser experimentada en vida. Sólo estando vivo puede, el ser humano, tener la experiencia de la muerte. El filósofo alemán Martin Heidegger refiere que somos seres para la muerte (Heidegger 2003, 270); es decir, con el nacer la muerte se presenta “ya” como un proyecto, al cual se llega sólo en la medida en que es experimentada desde la misma vida. Esto no quiere decir que durante la vida se tenga que estar pensando en dejar de existir, sino más bien que la única posibilidad de caminar en la existencia es vivenciar la experiencia de estar lanzado hacia algo que le dé sentido.

Ahora bien ¿Qué pasa cuando el ser humano se deja angustiar por el futuro de la muerte? El humano que teme a la muerte, de manera inquietante, se enferma. El ser humano se inquieta ante el poder ser completo, y mientras esto no se logra, la zozobra y la incertidumbre del futuro, por no ser *ahora*, lo aterroriza. Eso lo enferma.

El filósofo Sören Kierkegaard señala que la enfermedad mortal no es la muerte sino esta inquietante angustia por ser y no ser al mismo tiempo. La enfermedad mortal es la desesperación: horror a la vida, angustia, el miedo por vivir. En ese sentido dice: “El niño no sabe lo que es horrible, el hombre lo sabe y tiembla ante ello. Lo mismo le acontece también al hombre natural, que empieza por ignorar lo que es verdaderamente horrible y, sin embargo, no se libera del espanto, ni muchísimo menos, sino que se pone a temblar por lo que en realidad no es horrible” (Kierkegaard 1984, 31).

La muerte no es lo horrible, sin ella no hay sentido de la vida. Por consiguiente, no es

algo ajeno a la vida; es la posibilidad de su realización misma. La experiencia de la vida es el instante (el tiempo no medible) entre el nacer y el morir. De tal modo que la vida no tiene años, ni meses y semanas, su tiempo lo marca el momento entre el ser y el no ser, el ser que quiere el hombre y el no ser en el que aún se encuentra. Frente a la muerte, que no es ninguna enfermedad, el ser humano adquiere la experiencia de la esperanza de ser, algo acabado, terminado. Esperar la muerte significa entonces recuperar el sentido de la vida, el anhelo por vivir, esperamos mientras vivimos; con la esperanza la *des-esperación* se vuelve paciencia y motivo de vida. En la ilusión *por ser* se encuentra la esperanza. “La posibilidad es lo único que salva. Si hay una posibilidad, entonces el desesperado vuelve o respira de nuevo y revive” (Kierkegaard, 1984, 70). En la ilusión se posibilita la salvación, y ésta puede ser esperanza y recuerdo: “La juventud posee la ilusión de la esperanza y el adulto la del recuerdo” (Kierkegaard, 1984, 95).

La enfermedad frente a la muerte

¿Por qué la enfermedad angustia? De igual manera que la vida se ha contrapuesto con la muerte, la enfermedad parece ser antagónica a la salud. ¿En qué sentido se entiende esto? Canguilhem señala que la enfermedad ha sido considerada respecto a la salud un estado anormal. La salud es lo normal y la enfermedad lo anormal. De esa forma quien enferma se halla en una posición no común para los normales, aquellos que dentro de una norma están sanos y no corren peligro para los “demás”. Quien enferma enfrenta además, un peligro de muerte, por eso hay que sanar, evitando el dolor, el malestar y la incomodidad de tal anormalidad. En ese sentido considera Canguilhem que:

“La salud es una manera de abordar la existencia sintiéndose no sólo poseedor o portador sino también si es necesario creador de valores, instaurador de normas vitales” (Canguilhem 1978, 153-154).



La enfermedad es una posibilidad de la vida que no se ha pensado como algo normal, por eso es vista desde la anormalidad. La enfermedad se siente como un rompimiento con el modelo, de ahí su anormalidad. No obstante también sigue un orden que genera salud. La enfermedad es un modo del estar sano. Canguilhem afirma que:

“La enfermedad es una experiencia de innovación positiva del ser vivo y ya no sólo un hecho de disminución o de multiplicación... la enfermedad no es una variación en las dimensiones de la salud, es una nueva dimensión de la vida” (1978, 141).

La enfermedad es una forma de vida que remite a un modo de ser propio en el mundo. Desde esa perspectiva, ésta es parte del *Ethos* que orienta la vida hacia su propia realización. El *Ethos* es el modo originario en que el ser humano despliega sus posibilidades de ser en el mundo, en una relación consigo mismo, con los otros y con lo otro, vivo o no vivo, y que remite a la condición de la existencia.

Frente a la muerte, la enfermedad es una posibilidad al igual que la vida. No es el anuncio del dolor y la desgracia sino un *hito*, derrotero orientador del sentido de vida.

“La muerte está en la vida, y la enfermedad es signo de ello... Las enfermedades son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal” (Canguilhem, 2004, 47).

La enfermedad implica un nuevo orden del cuerpo, es decir un modo diferente en el cual el cuerpo apropia la vida.

Las enfermedades no son sólo limitaciones de su poder físico, son dramas de su historia. La vida humana es una existencia, un ser-ahí para un devenir no preordenado, obsesionado por su fin. Así pues, el hombre está abierto a la enfermedad no por una condena o por un destino, sino por su simple presencia en el mundo. Desde este aspecto, la salud no es en absoluto una exigencia de orden económico que deba hacerse valer en el mundo. Desde este aspecto, la salud no es en absoluto una exigencia de orden económico que deba hacerse valer en el marco de una legislación, es la unidad espontánea de las condiciones de ejercicio de vida (Canguilhem, 2004, 88).



Aprender a vivir de una manera diferente no significa vivir de manera anormal. Así que, por ejemplo, quien pierde la posibilidad de

la vista o de alguna extremidad no es un humano con capacidades diferentes a los normales, (eso significa separación dentro de una clasificación social) sino un humano con las mismas potencialidades (impulso a ser). La capacidad no está sólo en la parte anatómica del cuerpo, en tener o no un brazo, también en la realización de las acciones, por las que cualquier parte del cuerpo tiene la posibilidad del impulso a ser. Eso habrá de entenderse si el cuerpo humano es pensado en otro sentido.

Ethos del cuerpo humano

Ser cuerpo es hacerse cuerpo. El ser humano se corporiza en la medida en que es. Corporizar significa integrar la unidad de todas las posibilidades de lo humano. En el cuerpo se integran y lo forman, a la vez, no sólo la carne y los huesos, la sangre y las células sino todo aquello que hace que estos elementos sean en la unidad. El querer ser es “ya” corporizar la unidad de lo que se llama cuerpo. Esa es la diferencia entre pensar el cuerpo como un ente simplemente anatómico/fisiológico: *Körper* (tener cuerpo), y un cuerpo que se construye en la medida en que está sumergido en la experiencia de su existencia desde sus posibilidades más íntimas: pensar, sentir, querer, razonar, dudar, valorar, intuir: *Leib* (ser cuerpo) (Hebermas, 2002,76).

En ese sentido, el cuerpo es, más que un objeto de estudio, una interpretación del mundo que relaciona al ser humano con el todo, de una manera integral. Representar el cuerpo (*Leib*) significa alejarlo de su relación con el mundo para determinarlo como soma (*Körper*). Heidegger sostiene que:

“El fenómeno del cuerpo como tal está máximamente encubierta para los medios, porque se ocupa sólo del cuerpo reinterpretándolo como función corporal. El fenómeno del cuerpo [L] es totalmente único, irreductible a alguna otra cosa, por ejemplo, reductible a mecanismos” (Heidegger 2007 A, 250).

El cuerpo, por lo tanto, es un modo propio de ser de lo humano: su *Ethos*. En ese horizonte, como cuerpo humano, no es algo determinado y simplemente “ya” dado, sino que su esencial determinación consiste en ser el mismo el precursor de su desarrollo, en la medida en que se es cuerpo se habita el mundo.

Bajo las premisas anteriores ahora debe considerarse hasta qué punto el cuerpo humano es un organismo. Los seres vivos, pensados desde la biología, han sido considerados organismos en tanto están conformados por diferentes partes interrelacionadas, denominados órganos. Desde tal perspectiva el cuerpo humano puede estudiarse desde la anatomía como un conjunto de partes, cada una de las cuales cumple una función biológica determinada. Ésta es una visión mecánica del cuerpo, disciplinar y por lo tanto científica. Sin embargo, ¿es posible mirar el cuerpo desde una posición diferente?

Si de antemano se entiende el organismo como una unidad de capacidades y potencialidades, los elementos individuales del cuerpo anatómico adquieren otro sentido. Por capacidad se entiende el cómo del emerger del cuerpo, del organismo. Los organismos se entienden, como un poder ser que se abre al mundo.

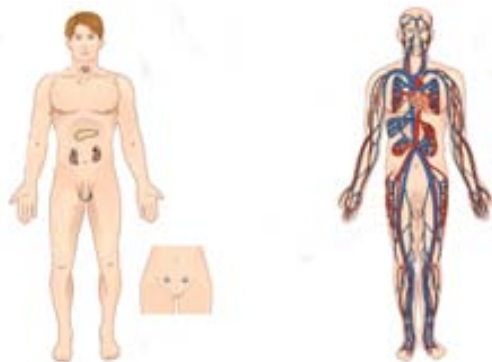
“Los órganos, aunque parezcan perdurar y estar presentes, sin embargo, sólo están dados en el modo de ser que llamamos vida” (Heidegger, 2007 B, 277).

En este poder ser, el humano toma conciencia y da sentido a esta posibilidad, por eso no sólo se conduce, sino que además se comporta: tiene la capacidad de elegir los medios para su más plena realización. Por ejemplo, a la pregunta, ¿Tenemos ojos porque vemos, o vemos porque tenemos ojos? La medicina podría responder que vemos porque tenemos ojos. Desde otra perspectiva, existencial, se dice que tenemos ojos porque ellos

devienen de la posibilidad de ver. Ahora bien, ¿Sensiblemente sólo vemos con los ojos? ¿No acaso el ver implica los otros sentidos, pero nuestra atención está tan disciplinada que se ha descuidado la unidad corporal del ver? En ese sentido dice Heidegger:

“El órgano siempre pertenece servicialmente a la capacidad que lo configura, jamás puede ser meramente útil para ella” (Heidegger 2007 B, 277).

El cuerpo humano es, por consiguiente, desde su posibilidad más propia, una tarea que deviene en la medida en que la vida nos impulsa a construirla en cada instante de la existencia. De esa manera, la enfermedad o la pérdida de algún órgano del cuerpo no significan la aniquilación del cuerpo y de la vida. El cuerpo, antes que ser un conjunto de partes, es posibilidad de ser, capacidad que emerge en el ámbito de todos los posibles sentidos y formas. El ver ha sido prioridad del ojo, pero es posible potencializar otras capacidades para ver, ¿De qué otra manera podrían vivir aquellos a quienes se ha llamado invidentes? Y así en otros casos semejantes.



El cuerpo, entendido como la unidad de las potencialidades, da apertura al sentido del mundo, pues hacia éste se proyecta en la medida en que configura lo que está movido a ser en el mundo. No un hacer a secas, sino un hacer junto con un modo posible de ser. Devolverle al cuerpo su carácter de unidad de potencialidades significa cuidar su naturaleza originaria, en la cual la enfermedad, la pérdida de un órgano o la misma muerte, no son lo horrible, sino el modo de ser propio de un cuerpo que emerge a la vida siendo siempre un querer ser, una posibilidad del desarrollo de todas sus capacidades. Así, frente a la enfermedad y el dolor es necesario aprender a explorar la infinita posibilidad de capacidades que han quedado inertes en un cuerpo que puede decirse sano. ¿No acaso la enfermedad será la protesta de estas capacidades que quieren ser, y en una vida tan cómoda y pasiva hemos olvidado desarrollar?



Queda la pregunta como un llamado a ser cuerpo, antes que determinarlo por entes exteriores, que pudiendo evitarse hoy en día, no sólo generan un gran negocio, sino una necesidad ajena a la naturaleza humana, que cada vez más se hacen indispensables.☞

Referencias Bibliográficas

- Canguilhem, Georges, 1978. Lo normal y lo patológico, Siglo XXI editores, México.
- Escritos sobre la medicina, 2004. Amorrortu, Buenos Aires.
- Habermas, Jürgen, 2002. El futuro de la naturaleza humana, Paidós, Barcelona.
- Heidegger, Martin, 2003. Ser y Tiempo, Editorial Trotta, Madrid.

- Kierkegaard, Sören,(1984), La enfermedad mortal, SARPE, Madrid.
- Los conceptos fundamentales de la metafísica, 2007. Alianza, Madrid.
- Seminarios de Zollikon, 2007. Editorial Jitanjáfora, Morelia.

Perspectivas médicas y reporte de casos



Cirugía de cataratas, bioética y derecho a la salud

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Introducción

En el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. Aproximadamente 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. El 82% de las personas que padecen ceguera tienen 50 años o más. En términos mundiales, los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera.

La catarata senil se mantiene como la causa número uno de ceguera reversible desde 1990. La contribución de las cataratas a la ceguera global no se ha visto disminuida debido al envejecimiento de la población.

La ceguera y la debilidad visual tienen un impacto muy significativo en el desarrollo socioeconómico de los individuos y las sociedades. El tratamiento quirúrgico genera un ahorro a largo plazo en los costos de la

salud.

En los últimos 30 años ha cambiado la cirugía de cataratas, principalmente como resultado de la llegada de la cirugía microscópica, mejor instrumentación, mejores materiales de sutura y el refinamiento de las lentes intraoculares.

La cirugía de catarata es la extracción del cristalino: con la técnica facoemulsificación o con la técnica extracapsular. La función visual limitada para el adecuado desempeño de las necesidades del paciente es considerada la principal indicación de cirugía de cataratas, cabe mencionar que la extracción intracapsular se practica poco en la actualidad.



Las técnicas de extracción extracapsular y la facoemulsificación se ha probado que son procedimientos quirúrgicos seguros en manos entrenadas, ya que permiten el mantenimiento de la anatomía y de la fisiología del ojo, con bajos índices de complicaciones que varían del 0.13% para endoftalmitis (infección ocular interna) hasta el 3.5% para edema macular cistoideo. La complicación más frecuente no tiene aparición temprana y puede demorarse de seis meses a algunos años, y es la opacificación de la cápsula posterior que puede tratarse con láser.

En México al igual que en el resto del mundo en vías de desarrollo, la catarata sigue siendo la causa más importante de ceguera prevenible.

La cirugía de catarata es una práctica eminentemente intervencionista y conlleva una enorme responsabilidad para el profesional que asume esta acción quirúrgica.

El Dr. Diego Gracia, quien escribe sobre el ejercicio de la medicina en su libro *Bioética Clínica*, menciona que:

“El ejercicio de la medicina no solo exige la bondad técnica sino también la ética. Además de ser un buen técnico, el médico tiene que ser un técnico bueno. Es decir, además de correctos, sus actos tienen que ser buenos. Un acto médico será correcto cuando esté hecho con pericia y técnica, y será bueno cuando además cumpla con las exigencias de la ética. El médico debe ser un hombre ético. Sus actos técnicos son siempre, en uno u otro sentido, éticos”.

Es decir, desde una perspectiva práctica que consiste en:

a) Lograr la disponibilidad de servicios oftalmológicos de alta calidad, con recursos humanos entrenados en cirugía de catarata.

b) Escoger el tipo de tecnología para operar la catarata y el aseguramiento de su disponibilidad.

c) Informar adecuadamente al paciente todo lo relacionado con su estado de salud; valorar la edad del paciente, su ocupación e incluso su estado psicológico, etc.



Derecho a la Salud

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología o condición económica o social.

En Europa (Oviedo, 1997), la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Comité de Ministros del Consejo (Convención Europea de Bioética) representó un encuentro entre el movimiento de los Derechos Humanos y de bioética, en el que se reconoció sin duda a la salud como derecho.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos por la UNESCO en el año 2005, reafirmó el compromiso de la

bioética para la protección del derecho a la salud, en el artículo 14 que habla sobre su responsabilidad social y en salud.

Sin embargo el derecho a la salud no es visto en forma aislada sino en relación a otros derechos humanos y libertades fundamentales incluyendo la no discriminación y la equidad.

De igual forma la bioética se dirige hacia la consecución de los derechos humanos, tanto individuales como de la población, particularmente del derecho a la protección de la salud, que en México tiene el rango constitucional, por lo que los esfuerzos del Estado se dirigen al cumplimiento cabal de ese compromiso con la población y con los pacientes, a quienes le reconoce sus derechos, al igual que a los profesionales de la salud.

La Ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor, por lo que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en el año 2000 como una observación general sobre el derecho que tienen las personas.



En dicha observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas; así como de suministro de alimentos sanos, a condiciones sanas en el trabajo y la protección del medio ambiente; reconociendo el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Reconociendo también el derecho a un nivel de vida que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; asimismo el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Tomando en cuenta que la salud es una condición difícil de acotar, en la que confluyen lo biológico y lo social.

Identificando a la persona, en lo individual, en la comunidad, lo público y lo privado.

Concientes de que todos los seres humanos sin distinción alguna, deben disfrutar de una ética en las ciencias de la vida y la salud, la bioética puede entenderse como una reflexión crítica sobre una nueva forma de tomar decisiones en esos ámbitos, que implica un diálogo interdisciplinario e intercultural que promueve el respeto de la dignidad humana.¶



Referencias Bibliográficas

-Arieta C. Duerksen R. Lansingh V. 2011. Manual de Ceguera por Catarata en América Latina. 1a edición. Imagen & Diseño Producciones Ltda.

-Brussino S. 2012. Reflexiones para una bioética implicada en la cultura de los derechos humanos, Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública V. 29, n. 4 Lima oct./dic.

-Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946.

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 17 de diciembre de 2013. Artículo 4°.

-Declaración Universal de Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948. Artículo 25.

-Diagnóstico y Referencia Oportuna del Adulto con Catarata en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008.

-Diagnóstico y Tratamiento de la Catarata No Complicada, México: Secretaría de Salud; 2008.

-Frenk Mora. julio, 1993. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública, Fondo de Cultura Económica, México.

-Gracia D. 1998. Bioética Clínica. Ira. Ed. Santafé de Bogotá: Editorial El Búho.

-H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connors (eds). 1989. El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 509.

-Nota descriptiva No. 282. Octubre de 2013, Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es

-Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Nota descriptiva N°323, Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, noviembre de 2013.

-Ricardo F. 2010. Implicaciones sociales, tecnológicas y éticas de los resultados insatisfactorios en la cirugía de catarata. Humanidades Médicas. Vol 10 (2) Ciudad de Camaguey, Cuba, mayo-ago.

Acompañamiento psicológico a familiares y pacientes en etapa terminal

José Luis Sención Acosta

Coordinador Estatal de Cuidados Paliativos

“ El acompañamiento del enfermo ha de tener la palabra justa y el silencio largo ”

Cabodevilla

Resumen

El acompañamiento psicológico a pacientes en etapa terminal y a sus familiares es una obligación del equipo médico multidisciplinario de las unidades de Cuidados Paliativos, así como de los médicos tratantes al momento de dar malas noticias y abordar el consentimiento informado. Las habilidades psicosociales y de comunicación eficaz permitirán un mejor abordaje a esta población doliente, brindándole una cercanía de calidez humana, logrando así los objetivos de los Cuidados Paliativos: ofertar una calidad de vida a pacientes terminales y a sus familiares y acompañarlos durante la enfermedad y el duelo.

Durante y después de Informado, el paciente y la familia se encuentran en choque emocional, algunas veces en negación, evasión o enojo, en otras ocasiones se mantienen en el tiempo y hacen planes o hablan como si nada hubiese pasado, como un mecanismo de defensa a nivel psicológico por no poder soportar el impacto de un hecho (Elisabeth Kübler-ross, 1975). Aunque esto les permite dar tiempo a la persona para poder ir integrando su realidad al ritmo que necesite y poder afrontarlo. Necesitan asimilar la noticia, que la mayor de las veces es mala, trágica e impactante, por lo que requieren de tiempo para incorporarla y pedir más in-

formación, pues el impacto emocional en muchas ocasiones les impide entender claramente la información que el personal de salud les proporciona para poder otorgar su consentimiento.

Soler y Jordá (1996) definen el duelo como los pensamientos, sentimientos (incluyendo los síntomas físicos y emocionales) y acciones consecuentes a la anticipación o pérdida de una persona o cosa amada. Por otra parte, el manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2001), define al duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida y lo sitúa en el conjunto de problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

El paciente terminal, según la OMS, es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable en la que existe falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, con gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses). Limitando el esfuerzo terapéutico para brindar al paciente y a la familia el apoyo de los Cuidados Paliativos.



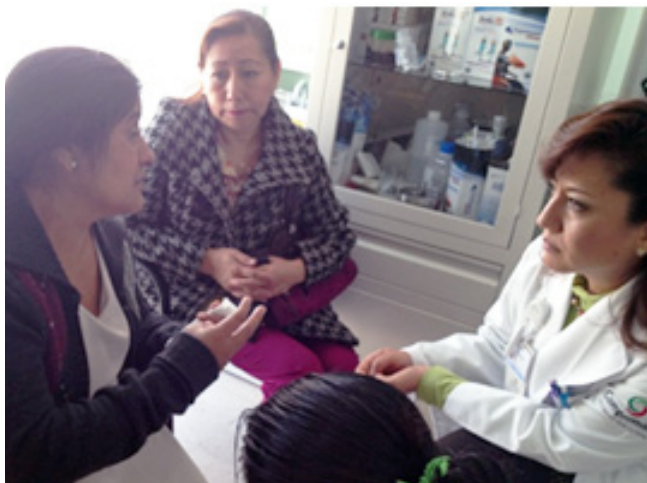
Los Cuidados Paliativos consisten en el cuidado activo y total de las enfermedades que NO tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida posible para el paciente y sus familias.

En este sentido los Cuidados Paliativos están basados en los principios éticos de la práctica médica, curar, aliviar y consolar. Entre los servicios que brindan están:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Es por ello, que el personal médico debe estar preparado para saber cómo informar al paciente y cómo dar la mala noticia, asimismo está obligado a contener al paciente y a la familia en la emoción que este estado les provoca. La sensibilidad y la empatía con el otro, lleva muchas veces al médico a reconocer sus propios duelos, sus muertes no superadas, sus fantasmas no enterrados, como lo menciona María Torok y Nicolás Abraham (2005), y el médico también enfrenta a su propia muerte, por lo que existe la necesidad de cerrar etapas y ciclos vitales en el personal de la salud para estar libres de propias emociones no resueltas y que permita acompañar adecuadamente a los pacientes, a sus familiares y representantes en el duelo y así acompañarles a afrontar la eminente pérdida evitando un duelo patológico con culpas.

El equipo multidisciplinario de Cuidados Paliativos hace un cuidado integral que mejora la calidad de vida de los pacientes en estado terminal, por lo que debe desarrollar habilidades psicosociales y de comunicación empática que acompañe en el momento de dar la mala noticia, brindando paz y consuelo, acompañando durante el control y al final de la vida.



Acompañar significa *cum-panis*: Comer pan juntos, es: te acompaño en el sentimiento y desde la psicología humanista es una relación de ayuda. En este sentido, es optimizar el objetivo primordial de Cuidados Paliativos, que consiste en la consecución del bienestar para el enfermo y la familia, favoreciendo la adaptación psicológica al proceso de la enfermedad y el duelo.

El acompañar a la familia y al paciente, va a favorecer el disminuir el estrés psicológico que se produce cuando perciben amenazante cualquier elemento del medio y sus recursos (ya sean emocionales, económicos, sociales, espirituales, etc.) y éstos son insuficientes para hacerle frente, apoyarlos cuando percibimos sus miedos: a lo desconocido, al proceso de la enfermedad, al deterioro físico, al abandono, a ser una carga para otros, y en la mayoría de las ocasiones, es el miedo al dolor.

Ante este panorama, como mencioné anteriormente, tendremos que adquirir habilidades básicas de comunicación como: empatía, confianza, veracidad y aceptación incondicional. La empatía nos obliga disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a las personas que acompañamos, es decir, entender respetando sus puntos de vista, la situación vital en que se encuentran y que necesitan cambiar. En cuanto a la confianza y veracidad, necesitamos un asentamiento en valores, expresar con sinceridad que es solidario con el sufrimiento del otro y que de verdad pretende ayudar con todas las herramientas disponibles. La aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas, la historia y el momento vital presente de la otra persona, su estilo de vida, sus comportamientos, etcétera.

¿De qué cura el acompañamiento?

a) Radicalmente de la soledad: la familia y el paciente se sienten comprendidos, valorados y tomados en cuenta como seres humanos, no como parte de un sistema de salud.

b) Evita pensamientos irracionales o no saludables en el dolor, pues el paciente y la familia al platicarlo, al abrir la emoción e ideas, le permite exponer sus fantasías y miedos referentes a la enfermedad, lo que favorece que el equipo multidisciplinario aclare las dudas.

c) Promueve valores de actitud positiva en lo inevitable: de acción y relación. Le da herramientas a la familia para despedirse, agradecer, perdonar, reconciliarse.

d) Del sinsentido, pues la relación en el acompañamiento, da sentido a lo que queda de vida, se valora la calidad de vida.

El acompañante es una persona que está preparada para asistir a otra que se encuentra en un proceso de crisis, por lo que debe poseer habilidades como una

escucha activa, para permitir que el paciente exprese sus emociones y poder otorgarle la contención emocional. La mayoría de las veces sólo necesitamos escuchar y asentir, casi sin hablar ya que en esta etapa de catarsis, el paciente y la familia tienen muy poca capacidad de escuchar explicaciones o sugerencias complicadas.



La posibilidad de acompañar al paciente como a la familia a tocar las etapas más difíciles de un duelo, de haber colaborado a que el mismo paciente y la familia se planteen nuevos proyectos de vida, para aprovechar los últimos meses y disfrutar lo que pueden hacer en conjunto: despedirse, agradecer, poner en orden situaciones legales, en fin, el objetivo es brindarles una calidad de vida según las características y necesidades del paciente. Encausar un duelo ante lo irremediable y evitar un duelo patológico, así la prevención va dirigida a reducir el riesgo de consecuencias patológicas y el tratamiento de éstas cuando aparecen. Como señalan Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003), es un proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayudan a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional.

Lo anterior lleva a la reflexión sobre la formación del personal médico que trabaja apoyando a otras personas en su proceso de duelo. Poder ayudar a una persona ante la pérdida de un ser querido supone, además de la posesión de conocimientos sobre el proceso y de las herramientas técnicas profesionales, una firmeza de valores y actitudes que es necesario cuidar. Este cuidado es necesario dada la especial vulnerabilidad de todo ser humano ante la presencia del sufrimiento intenso y de las pérdidas irreparables.

Sin estrategias de autocuidado adecuadas para el personal de salud que está acompañando, existe el peligro de que se ponga en marcha el mecanismo de evitación como forma de huida, siendo ésta la más inadecuada cuando lo que se pretende es acercarse a la persona y acompañarla en su proceso de cambio.



Evidentemente este proceso, como señalan Barreto y Soler (2014), "Implica riesgo para quien proporciona la ayuda, pues el compromiso con el sufrimiento produce a su vez dolor; sin embargo, también permite una praxis

profesional que genera mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica de conocimientos. Más aún, nuestra práctica facilita el establecimiento de una relación de confianza significativa que permite y apoya la promoción futura del bienestar en la otra persona”.

Por su parte, Carlos Juan Bianchi (2003), nos sugiere el autocuidado cuando ayudamos en estas situaciones de duelo:

1. Precisar y delimitar nuestra función.
2. Ocuparnos de adquirir la capacitación, formación y entrenamiento adecuado.
3. Conocer nuestros propios límites.
4. Evitar trabajar en soledad, formando parte de un equipo de trabajo.
5. Revisar nuestros estados emocionales y tener con quién hablarlos.
6. Necesidad de sentir, dado lo voluntario de nuestra tarea, el reconocimiento y el apoyo afectivo por parte del paciente o del grupo.

La incertidumbre, la soledad emocional, la ansiedad, el miedo y la depresión son los estados más frecuentes por los que atraviesan los pacientes en etapa terminal y sus familias, y es la labor del equipo médico multidisciplinario de facilitar y ofertar el apoyo y acompañamiento psicológico. Nuestra relación con el paciente, incluyendo a la familia, será una relación terapéutica de ayuda, donde los conocimientos y habilidades profesionales se ponen al servicio del paciente, la familia y la comunidad, para que puedan ir reconstruyendo su vida, incorporando la experiencia de la eminente pérdida, sus consecuencias y los ajustes para adaptarse a las exigencias de la vida cotidiana. Es indiscutible la sensibilidad, la calidad y calidez con la que se llevan a cabo las actividades de acompañamiento a enfermos en etapa terminal para conseguir los objetivos de los Cuidados Paliativos, desde una comunicación eficaz, el control de los síntomas, el apoyo a la familia y, sobre todo, una información continua y asequible a los familiares, viene siendo el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final.☞

Referencias Bibliográficas

-Abraham, N., Torok, M. (2005). La corteza y el núcleo. España. Ed. Amorrortu.

-American Psychiatric Association. DSM-IV-TR (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S.A.

-Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.

-Barreto M, Soler Sáinz. Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. España. Consultado el 3 de marzo de 2014 en <http://www.fundacionmhm.org>

-Die M, López E. (ed.) (2000). Aspectos psicológicos en

cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones.

-Kübler-ross, E. (2010). Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico. Ed. De Bolsillo. España.

-Neimeyer RA (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós.

-Soler MC, Jordá E. (1996) El duelo: manejo y prevención de complicaciones. Medicina Paliativa, 3(2):66-75.

-Worden JW. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Piados.

Fuente informativa en bioética



La Voluntad Anticipada en el Estado de México

Miguel Ángel Ordoñez Rayón

Coordinador de Voluntades Anticipadas
en el Estado de México

Resumen

La Voluntad Anticipada es el derecho de las personas que tienen una enfermedad en fase terminal, con un padecimiento incurable, irreversible y que su pronóstico de vida no es mayor a seis meses, decidir sobre los tratamientos y cuidados que desean recibir hasta el final de sus días. Se expresa en un acto estrictamente personal en presencia de un representante y testigos, los cuales en el caso del representante tienen la obligación de vigilar que se cumpla la decisión del paciente y los testigos de vigilar que el acto se lleve a cabo conforme a derecho.

Si es su Voluntad firmar el Acta deberá sólo recibir los tratamientos ordinarios y NO los extraordinarios, que son los que tratan de prolongar la vida más allá de la resistencia física del paciente.

La finalidad de la Ley de Voluntad Anticipada es asegurar que los pacientes en situación terminal sean tratados como seres humanos vivos hasta el final de sus días y,

lo más importante, garantizar una muerte natural en condiciones dignas. Las formas de suscripción son mediante el Acta y la Escritura de Voluntad Anticipada.

La Voluntad Anticipada es un tema nuevo en el Estado de México, ya que es uno más de los derechos humanos de tercera generación.

Existen situaciones extremas de dependencia en que la vida de un paciente se mantiene sólo por el concurso de múltiples intervenciones médicas, definidas como medidas de soporte vital, como técnica de tratamiento aplicado al organismo para sustituir su normal función fisiológica, que implica medicamentos o tecnología médica para prolongar artificialmente su existencia. Cuando un paciente tiene escasas o nulas posibilidades de recuperarse de una enfermedad y que resulta inútil someterse a un tratamiento médico que prolongue su vida más allá de su resistencia física-orgánica natural, es el propio paciente a quién

corresponde determinar los objetivos finales del tratamiento que desea tener, aunque sea evitar aquellos que puedan prolongarle la vida cuando la enfermedad que padezca sea irreversible.

En este sentido, se contempla el derecho del paciente afectado por un padecimiento en fase terminal, para que libremente determine su deseo de tener una muerte digna, en paz, a no sufrir inútilmente; a que se le respete su libertad de conciencia y capacidad de decidir por sí mismo, sobre la aceptación o no, del tratamiento médico y cuidados de salud que desea tener para morir de manera natural y con dignidad, manifestación que se denomina Voluntad Anticipada.

En febrero del 2013 se empezó a discutir en la Cámara de Diputados Local, la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, después de una amplia revisión y análisis, el 25 de abril se aprobó en el Pleno de la Legislatura, posteriormente el 3 de Mayo del mismo año se publicó en la Gaceta de Gobierno del Estado y, finalmente, el 1º de Agosto entró en vigor. Dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley en mención, en octubre del mismo año entró en función la Coordinación de Voluntades Anticipadas del Estado de México como el órgano administrativo adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de México, encargado de supervisar que sean cumplidas las voluntades de los pacientes en situación terminal del Estado de México.

En México existen 17 estados en donde ya cuentan con una Ley de Voluntad Anticipada; pero esencialmente en tres opera de manera formal y son Distrito Federal, San Luis Potosí y Guanajuato. Ahora el Estado de México se convertirá en la cuarta entidad en llevar a cabo conforme a derecho la Voluntad Anticipada.

Para entender de manera práctica y sencilla que es la Voluntad Anticipada, a continuación se exponen tres aspectos básicos.

Primero debemos conocer **¿Qué es la Voluntad Anticipada?** “Es el acto a través del cual una persona, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con él o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un Acta o en una Escritura de Voluntad Anticipada” (Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. Artículo 4. Fracción XXXV).



En otras palabras: es el derecho de las personas que tienen una enfermedad incurable en fase terminal de decidir sobre los tratamientos y cuidados que desean recibir hasta el final de sus días, y se expresa en un acto estrictamente personal en presencia de un representante y testigos.

Debemos identificar a las personas que pueden ser candidatos a firmar la Voluntad Anticipada, es muy sencillo, ya que el Diagnóstico Médico lo determinará con base en lo siguiente:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o

síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Identificando al paciente con estas características podemos dar la información a él mismo y/o a la familia para que tome una decisión.



Si la/el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitada/o para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados serán asumidos por sus padres, por quienes ejerzan la patria potestad, por la/el tutora/or y, a falta de estos, por la/el representante legal (Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. Artículo 17).

Cuando la/el paciente no cuente con declaración de voluntad anticipada y no pueda expresar personalmente su voluntad, la decisión será asumida por:

I. La/el cónyuge; II. La concubina o el concubinario; III. Las/los hijas/os mayores

de edad o emancipados; IV. Los padres; V. Las/los hermanas/os mayores de edad o emancipados; VI. Cualquier pariente consanguíneo hasta cuarto grado (Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. Artículo 18).

Si es su Voluntad firmar el Acta deberá sólo recibir los tratamientos ordinarios, que son los encaminados a minimizar el dolor, y NO los extraordinarios, que son los que tratan de prolongar la vida más allá de la resistencia física del paciente.

Es importante señalar que el representante es la persona encargada de vigilar que se lleve a cabo la Voluntad del Paciente, solamente eso, no es quien decide, ni quien tomará las decisiones de qué tratamientos deberá recibir. Y es el paciente quien nombrará a su representante.

Los testigos de preferencia deben ser familiares, amigos, conocidos y en su defecto cualquier persona que esté en ese momento presenciando el acto, lo anterior tomando en cuenta que hay pacientes que llegan solos al hospital y no tienen a nadie cercano.

¿Y cuál es su finalidad?

-Asegurar que los pacientes en situación terminal sean tratados como seres humanos vivos hasta el final de sus días.

-Respetar la voluntad del paciente.

-Respetar su dignidad como persona.

-Darle trato humano en todo momento.

-Evitar el dolor evitable.

-Garantizar una muerte natural en condiciones dignas.

Para que no exista confusión ahora veremos qué NO es la Voluntad Anticipada:

-No es *Eutanasia, Homicidio por piedad, ni Suicidio asistido*, porque en ningún momento se provoca la muerte del paciente.

-No es *Obstinación Terapéutica*, porque el paciente decide anticipadamente y por escrito qué tratamientos y cuidados quiere recibir en la fase terminal de su enfermedad.

-No son *Cuidados Paliativos*, porque éstos se le brindan al paciente independientemente de que suscriba un Acta o Escritura de Voluntad Anticipada.

-No es *Negligencia Médica*, porque no se omite darle las atenciones y cuidados que el paciente requiere en la fase terminal de su enfermedad.

-No es *Consentimiento Informado*, porque éste lo suscribe el personal de salud y, son los médicos quienes después de una explicación detallada del procedimiento, legitiman sus acciones.

Existe una línea muy delgada entre la Eutanasia y la Voluntad Anticipada, pero tomemos en cuenta que no estamos abandonando al paciente, no lo estamos dejando morir. Es por esto que protege al personal de salud a cargo del paciente de cualquier controversia legal como *mala praxis*, negligencia o abandono, ya que también avala al personal de salud para la aplicación de todo tipo de tratamientos o cuidados, en caso de que el paciente así lo haya manifestado en su declaración de Voluntad, evitando la Obstinación Terapéutica.

Algo que el médico puede evitar es la controversia entre ellos mismos, paciente y familia.

Para el paciente y la familia esta Ley es muy importante porque las personas reafirma su

voluntad de ser o no ser sometido a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y sea imposible mantenerla de manera natural. El paciente decide en dónde quiere pasar sus últimos días de vida, así como los tratamientos y cuidados que desea recibir, y ayuda a disminuir costos de atención tanto para la familia del paciente como para las instituciones de salud, particularmente cuando dichos tratamientos son desproporcionados e inútiles y, aunque son de buena fe, sólo consiguen prolongar la agonía.



Por último es importante saber que hay dos vías de suscripción:

Acta de Voluntad Anticipada

- Otorgada en Instituciones de Salud públicas y privadas.
- A solicitud del paciente o familiar.
- Firmada en presencia de representantes y testigos.
- Trámite gratuito.
- Puede ser revocada en el momento que el paciente lo solicite.

Para otorgar este medio de suscripción es importante identificar al paciente con las características que describimos con antelación.

Escritura de Voluntad Anticipada

- Es otorgada en las Notarías del Estado de México.
- A solicitud de la persona interesada.
- Firmada en presencia de representantes y testigos.
- Implica pago por los servicios del Notario.
- Puede ser revocada cuando la persona lo solicite.

En esta forma de suscripción, las personas mayores de edad acuden ante Notario por su propio derecho, sin encontrarse en la

situación de una enfermedad Terminal y/o ningún otro padecimiento. El costo por los servicios Notariales es de mil trescientos pesos M.N. para la población en general, sin embargo el costo disminuye para las personas mayores de 65 años, y es de únicamente cuatrocientos pesos M.N.

Actualmente se están capacitando a todos los Hospitales públicos y privados del Estado de México para dar a conocer la Ley y la importancia de la Voluntad Anticipada. En una primera etapa ésta es llevada a todos los Hospitales del ISEM, ISSEMyM, IMSS e ISSSTE. Se continuará con los Hospitales privados, entregando nombramientos al personal de cada Unidad Hospitalaria responsable de llevar al pie de la letra las suscripciones y cumplir con el mandato.†



Referencias Bibliográficas

-Ley y Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México.

-Ley General de Salud, Título Octavo Bis. De los Cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal.

-Ortiz A. Budiles P (2010) Consentimiento informado. Rev. Med. Clin Condes.

-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo VIII Bis. Disposiciones para la Prestación de Servicios de Cuidados Paliativos.

Espacio libre y cartas al editor



La ética y la bioética en la familia

Eréndira Natalia Calderón Guzmán

Responsable de Comités de Ética en Investigación de la
Comisión de Bioética del Estado de México

Hablar de la ética y la bioética en la familia implica partir de lo que la ética misma hace referencia y de la moral. Partimos de que los valores son elementos muy centrales en el sistema de creencias de las personas y están relacionados con estados ideales de vida que responden a nuestras necesidades como seres humanos, proporcionándonos criterios para evaluar a los otros, a los acontecimientos tanto como a nosotros mismos. Por su parte, la moral da pautas para la vida cotidiana, mientras que la ética es un estudio o reflexión sobre qué origina y justifica estas pautas. Pero las dos, si bien son distinguibles, son complementarias porque tienen en común a la persona como ente social. Del mismo modo que la teoría y la práctica interaccionan, los principios éticos regulan el comportamiento moral, pero este comportamiento incide alterando los mismos principios. A menudo, cuando se presentan los conflictos de normas morales que aparecen cuando tenemos que tomar decisiones se convierten en el motor que nos impulsa a una reflexión de nivel ético.

Así pues, cada individuo va forjándose una imagen de lo que es y quisiera llegar a ser en una sociedad que es competente y que cada vez más está sumergida en situaciones de riesgo, en cuanto a la identidad individual de las personas. Es ahí donde la familia juega un papel importante, porque parten infundiendo los valores que son los que nos orientan en la vida, nos hacen evaluar nuestras acciones, comprender y ayudar a quienes nos rodean, más aun cuando la sociedad nos obliga a crearnos un prototipo de imagen por las tendencias de la moda, de programas de televisión, en fin, una serie de eventos que facilitan el intercambio cultural entre sociedades.

Según otros autores (Schwartz, 1990), los valores son representaciones cognitivas inherentes a tres formas de exigencia universal: las exigencias del organismo, las reglas sociales de interacción y las necesidades socio-institucionales que aseguran el bienestar y el mantenimiento del grupo. De esa manera,

según Schwartz los sistemas de valores se organizan alrededor de tres dimensiones fundamentales: el tipo de objetivo (trascendencia o beneficio personal; conservación o cambio), los intereses subyacentes (individuales o colectivos), el dominio de la motivación (tradicción, estimulación, seguridad). Las teorías implícitas que todos los padres tienen y que se relacionan con lo que los mismos piensan sobre cómo se hacen las cosas y por qué se hacen de tal o cual manera ofician “de filtro” en la educación en valores.

Estas ideas y teorías dan a entender a la familia como un organismo social, es la primera escuela de educación de los individuos, al compartir ciertas características comunes con quienes conviven. Sin embargo, éste no es el único contexto donde se educa en valores, es una realidad que el ambiente de proximidad e intimidad que en ella se da la hace especialmente eficaz en esta tarea. Todos formamos parte del mismo sistema de valores éticos o morales al interactuar día a día en los espacios de estudio o de trabajo, contagiándonos de la diversidad de pensamiento y cultura en los distintos grupos sociales.

No sólo se han venido dando transformaciones a nivel tecnológico y ambiental, sino también a nivel social-familiar. La familia ha tenido cambios importantes a lo largo de la historia porque las costumbres, pensamientos, necesidades e intereses variaron en los contextos donde se desenvuelven, pero en las últimas décadas estos cambios han sido aún mayores. No puede hablarse ahora de un tipo único de familia, donde los roles principales serían el del papá que trabaja para el sostenimiento, estudio y progreso; la mamá que se encarga de los oficios domésticos y del cuidado de los hijos que obedecen. Asimismo la familia ha cambiado en su tipología, nos encontramos ahora comúnmente con familias extensas (conformadas por padres, hijos, tíos, abuelos que conviven en la misma casa), familias reconstituidas (uniones de padres que anteriormente estuvieron casados o con

otra relación y de las cuales quedaron hijos, por lo tanto existe la figura de madrastra, padrastro, hijastro) así como también es frecuente encontrar la familia monoparental (donde los hijos conviven solamente con uno de los padres, mamá o papá), o inclusive familias con padres del mismo sexo.



Esto nos llevaría a pensar que la familia se está extinguiendo, pero si consideramos que en cada uno de los casos, los roles y funciones son asumidos de forma distinta, por miembros diferentes y en ocasiones, un miembro del grupo familiar debe asumir varios a la vez, como en el caso de la familia monoparental. Quizá sea este un factor que incide en el deterioro de la sociedad y la ética, si la dirección de cualquiera de estas familias independientemente del actor que sea al que le corresponda llevarla, ya sea papá porque mamá trabaja, o mamá porque papá trabaja, o ambos por que comparten las tareas, o sólo papá porque mamá no existe o sólo mamá cuando no existe papá, o los tíos o los abuelos, o el hermano mayor, o a quien corresponda dicho papel si con sensatez actuamos bajo los códigos de la ética recuperando y aplicando en la vida diaria los valores y actuamos de manera simultánea con congruencia en relación con estos valores (integridad personal), el objetivo de la familia se verá preservado.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indagar y decir, ¿Qué nos pasa, hoy? Se oye decir el modelo de familia actual es diferente; o la familia está en crisis, el concepto de familia ha cambiado, y esto en gran parte se debe a que nuestra época actual ha atravesado múltiples cambios a nivel social, político y económico, los cuales introducen nuevas coordenadas a nuestros comportamientos, valores y pensamientos, esto nos hace pensar que hablamos de un nuevo mundo y por qué no decir, de un nuevo individuo. No cabe duda, entonces, que la familia debe de recuperar su esencia, es decir, sus valores, costumbres y estilos de vida propios.

Si consideramos los valores desde el punto de vista funcional como “referencias fundamentales, profundamente arraigadas, que te sirven para jerarquizar tu vida, tomar decisiones y evaluar tu propia conducta y la de los demás en diversos grados de aceptación o rechazo”. En este sentido la moral nos podría preguntar ¿Es lo bueno? o ¿Es lo malo? y la Ética nos preguntaría ¿es lo correcto?



Puesto que el proceso formativo de una persona se inicia en el hogar y busca integrar al hombre con el mundo exterior. Los buenos modales, las buenas relaciones y valores sociales tienen su origen en el ambiente familiar.

El correcto manejo dado a estos valores permite unas relaciones interpersonales armoniosas, seguridad personal, deseo de superación y espíritu emprendedor. Dicho así la capacidad para integrarse en la sociedad de manera constructiva para sí mismo y con un enfoque de servicio hacia la sociedad y medio ambiente en el que viva.

El hogar es la primera escuela de socialización, es decir, la vida familiar brinda unos elementos fundamentales y necesarios que son complementados en la escuela, por eso en este binomio, influyen decisivamente en la formación integral de la persona. En ambos ambientes se pretende ofrecer las condiciones, elementos y herramientas necesarias para que el ser humano se desenvuelva en los distintos campos de la vida de la mejor manera.☞

Lecturas recomendadas

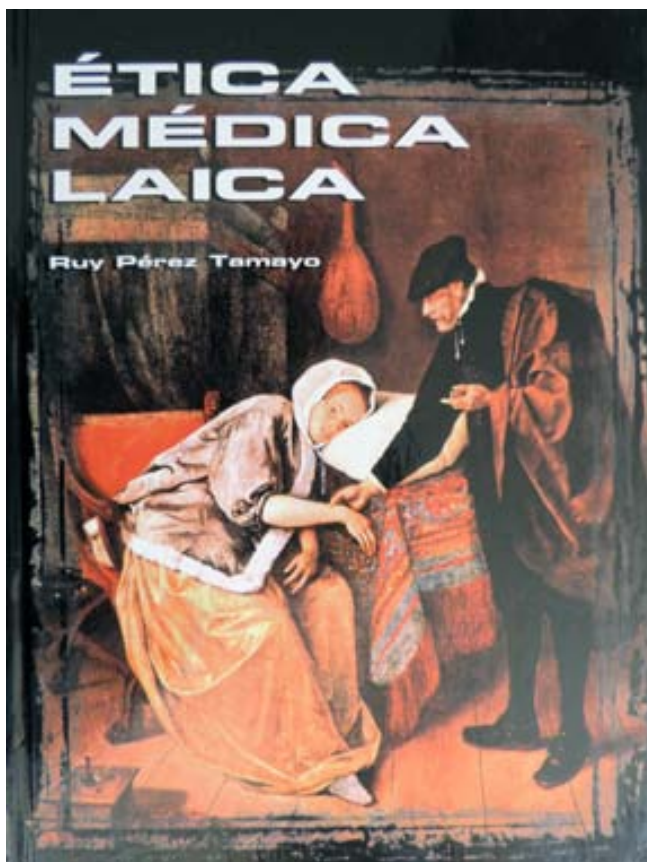


Ética Médica Laica de Ruy Pérez Tamayo

Amor y Justicia de Paul Ricoeur

Marisabel Rivera Jiménez

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



En este libro, impreso en 2002, el Dr. Ruy Pérez Tamayo ayuda al lector en la introducción de la ética médica, en primera instancia, proporcionándole una visión de los nuevos sucesos éticos, en medicina y la investigación científica. Los alcances de nuevas tecnologías y cómo éstas han sido difundidas entre la comunidad mundial por medios de comunicación, en relación a este tema, el Dr. Pérez Tamayo considera que son los medios los que muchas veces las presentan de manera exagerada, tergiversando la información o exagerándola, o incluso hasta inventando posibles problemas a futuro, emitiendo entonces juicios y posibles soluciones radicales.

El Dr. Pérez Tamayo define a la ética como un término usado por diferentes personas con significados variados y cargados con tintes religiosos, ideológicos, culturales y sociales; la separa de la moral, además de discernir entre corrientes filosóficas que la enfocan de diversas maneras. Asimismo enuncia que se asocia a la “deontología médica” que acusa al médico que no la cumple como un médico “no ético”. Define entonces, ética médica, como el conjunto de valores, principios morales y acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios) dirigidas para cumplir con los objetivos de la medicina, como un tipo de ética profesional específica, exclusiva de los profesionales de la salud, y no una ética que se pueda compartir o usar para otras profesiones como arquitectos o abogados.

El libro está dividido en tres partes:

Parte I. El Código Ético Médico

Recopila una vasta lista de documentos históricos, universales, partiendo desde luego del Código de Hammurabi, el obligado Juramento de Hipócrates y otros documentos Hipocráticos, la Ética Médica en la China Imperial, La Plegaria Diaria de un Médico; libros publicados en la Edad Contemporánea (finales del siglo XVII y principios del siglo XIX) y hace una semblanza y crítica de cada uno de ellos, sus fortalezas y debilidades. Asimismo documentos, códigos éticos internacionales y además documentos publicados en nuestro país.

Lo interesante de esta sección, es que el Dr. Pérez Tamayo, emite una propuesta personal de un código de ética médica, la cual se basa, fundamentalmente, en los objetivos de la medicina: *1. Preservar la salud; 2. Curar, o cuando se puede, aliviar, y siempre consolar y acompañar al enfermo; 3. Evitar las muertes prematuras e innecesarias.* Él los condensa en, *“lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos toda su vida y mueran lo más tarde y dignamente que sea posible.”*

Parte II. Algunos seudoproblemas de Ética Médica

En esta segunda parte, el Dr. Pérez Tamayo, nos habla de los inconvenientes que se suscitan en los médicos, pero que no son precisamente de ética médica, si no de una mezcla de la ética del profesional es decir, la ética *médica* y la ética del *médico*, que más bien sería la moral del profesional de salud con respecto a todo su entorno, religión, familia, sociedad, cultura, etcétera; pero que intervienen en la toma de decisiones en su quehacer diario y que influyen en la atención que brinda a sus pacientes; como lo son: el papel del médico y el dinero, la relación con el secreto profesional, el derecho del paciente a conocer la verdad, la relación del médico con su paciente, la reproducción sexual y las “nuevas” prácticas de reproducción asistida, y lo que él llamó, la *“deshumanización”* de la medicina, con actitudes que asumen de los médicos.

Parte III. Los verdaderos problemas de la Ética Médica

La última parte contempla los principios involucrados directamente en la práctica de la profesión: 1. Respeto por la autonomía del paciente; 2. Veracidad; 3. No hacer daño; 4. Acciones para el beneficio del paciente; 5. Justicia en atención a la salud, oportuna y de la misma calidad; y 6. Confidencialidad.

Estos principios, menciona: *que no son exclusivos del médico, éstos se refieren al comportamiento del médico como ser humano, son reglas de conducta que resultan de acciones moralmente buenas pero que tienen la misma vigencia cuando el ser humano no está actuando como médico, son algo de lo que el hombre no puede desprenderse, cualquiera que sea su actividad profesional.*

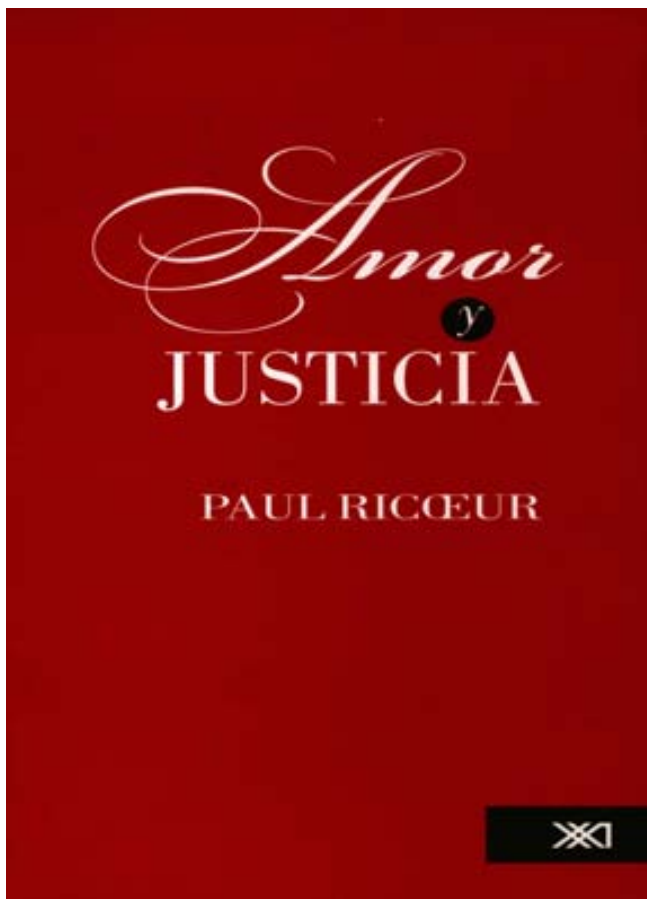
Cita al Dr. Ignacio Chávez y su libro La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo; *“es el deber médico más importante, que la moral médica empieza allí, en prestar*

al enfermo el servicio mejor que la medicina ofrezca; en responder a la confianza del enfermo que se entrega, con los elementos más eficaces que la medicina tenga. Que el límite de la capacidad de ayuda que presta el médico sea el que hayan alcanzado los conocimientos de su tiempo y no el otro, situado muy atrás, que le fije su ignorancia...”

La educación continua del médico es una obligación moral, un mandato de ética médica, el más importante para que la medicina pueda cumplir con sus funciones y el más olvidado en los distintos códigos de la profesión.

En el mismo tenor, habla de la docencia del conocimiento Médico, la investigación en la práctica médica y aún más, la investigación médica en seres humanos, la investigación médica experimental en animales, el aborto, suicidio asistido y eutanasia, el genoma humano y la ética médica, entre otros temas de interés.

Este libro fue publicado en el año 2002, 12 años después el panorama ha cambiado y desafortunadamente no a habido una nueva edición. Sin embargo, es un ejemplar digno de leerse, incluso estudiarse.☞



Este libro nace, como nos comenta Alberto Trejo Amezcua en su trabajo: Los puentes entre la poética del amor y la prosa de la justicia; cuando el filósofo Paul Ricoeur pronunció la conferencia “Amor y justicia” en 1989, al momento de recibir el Premio Leopold Lucas.

El volumen que se reseña agrupa el texto de la conferencia y dos trabajos más del autor: “El Sí en el espejo de las escrituras” y “El Sí ‘objeto de mandamiento””, con los que Ricoeur busca continuar su hermenéutica al indagar sobre la configuración de un sí por la mediación de las Escrituras y demostrar así, al estilo kantiano, como la principal función de la religión que es interiorizar en los sujetos la capacidad de actuar según el deber.

La traducción del francés al castellano fue realizado por *Tomás Domingo Moratalla*, y como dice él mismo: la obra pretende “llenar el vacío en torno a lo publicado en castellano sobre las recientes consideraciones éticas del filósofo francés”. También nos aclara, que la

filosofía de Ricoeur no es ajena a la reflexión ética, pues no podría serlo una filosofía que comienza con una filosofía de la voluntad. La concepción de ética, no prevalece en ningún momento la idea de deber, de ley o de obligación, sino que resalta el valor de una experiencia más radical, más originaria, más fundamental.

Consta de tres partes: a) Amor y justicia; b) El sí en el espejo de las Escrituras y c) El sí comisionado. Éstos abordan las cuestiones más generales en relación con los fundamentos de la moral y los presupuestos antropológicos en torno a la persona, y plantea el problema relativo a las tensiones que surgen entre la idea del bien y los principios de justicia.

Ricoeur abarca estos dos temas en la ética y los discute utilizando el método de la dialéctica (el autor entiende por dialéctica, el reconocimiento de la desproporción inicial entre los dos términos y, por otra, la búsqueda de las mediaciones prácticas entre los dos extremos, mediaciones pensadas como frágiles y provisionales); lo interesante es que los conjunta, basta con sólo mirar el título y la unión explícita de ambos términos es inminente; sin embargo en la segunda parte de su libro profundiza en las diferencias de los términos, es decir, se enfoca totalmente al concepto de la justicia; y la marca como no sólo la reducción del aparato judicial, sino que involucra el concepto en la reflexión de la idea, es decir, toma el ideal de justicia en cercanía con el amor que entonces es una línea difícil de trazar.

Ricoeur propone un punto inestable en el horizonte de la dialéctica propuesta entre amor y justicia, como él lo dice, propone “lanzar un puente entre la poética del amor y la prosa de la justicia. Según el propio Ricoeur, amor y justicia tienen pretensiones dirigidas a la praxis; para él, ambos conceptos se dirigen a la acción. Une el amor y la justicia para entender a esta última bajo la forma de la “Regla de oro” (tratarás a los otros como quieras ser tratado), “atada” al mandamiento de amar propuesto también en la Biblia. En la reflexión de Ricoeur la tendencia utilitaria de la justicia que se traduce en un razonamiento “doy para que me des”, al verse corregida por el mandamiento de amor, se transforma en un razonamiento “doy porque ya me has dado”. Sin la salvaguarda del amor, la justicia dejada a ella misma, tiende, según Ricoeur, a subordinar la cooperación a la competencia.

A término de recomendación, esta conferencia impresa en papel, es una excelente introducción al pensamiento de Paul Ricoeur, y el objeto privilegiado de su reflexión: el ser humano comprendido como ser capaz y, por tanto, responsable. Son indagaciones en torno a las relaciones complejas entre filosofía y religión que recrean un espacio de encuentro entre ambas. En este sentido, pretenden rehabilitar las fuentes bíblicas de lo pensable en temas como la acción, el compromiso o la justicia, en la medida en que, para Ricoeur, la experiencia filosófica supone una donación previa. ¶

Crónica de la 1a Reunión de Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación

Ana María Millán Velazquez

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



Tras nueve años de haber introducido la bioética en el quehacer sanitario del Estado de México, en el cual se ha impulsado la vinculación del humanismo con el desarrollo de la tecnología en los servicios de salud y el trato digno a los pacientes, con el apoyo de las autoridades de la Secretaría de Salud y del Instituto de Salud del Estado (ISEM), así como de la colaboración de las instituciones del sector salud, educativo, del medio ambiente, de colegios y asociaciones civiles, se ha logrado posicionar a la Comisión de Bioética del Estado de México (COBIEM), como un órgano multidisciplinario con iniciativas para instrumentar la Bioética en los hospitales públicos y privados, promoviendo la instalación, operación y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y los Comités de Ética en Investigación (CEI), inspirados en el cumplimiento de la Ley General de Salud, en la satisfacción de querer hacer las cosas bien, de proteger la dignidad de los pacientes y en beneficio de los propios trabajadores de la salud.

Con el claro objetivo de implementar una cultura bioética en el personal de salud y así elevar la calidad de los servicios, por medio de la capacitación y asesoría a los profesionales que integran los CHB y CEI y a todo el personal de la salud, sobre conductas que han de adoptar con respecto a controversias morales concretas y del análisis ético de los protocolos de investigación, se programan actividades académicas, como es este primer curso general, en el que se convocó a los integrantes de los CHB y CEI de los hospitales y jurisdicciones del ISEM, titulado: “Primera Reunión Estatal de Comités de Ética en Investigación y Comités Hospitalarios de Bioética”, mismo que se llevó a cabo en el Auditorio de la Escuela Judicial del Estado de México, el día 21 de enero del año en curso.

El programa académico de esta primera reunión de CHB y de CEI se organizó con la Comisión Nacional de Bioética y las ponencias de los responsables nacionales que coordinan y asesoran éstos comités: la Dra. Karen Aguirre

Albrecht y el Lic. David Alejandro López Vivaldo. Asimismo estuvieron presentes los responsables estatales de Voluntad Anticipada y de Cuidados Paliativos, quienes participaron como ponentes en una reunión plenaria en la que la Dra. Ana Ma. Millán Velázquez, Secretaria Técnica de la COBIEM y Responsable Estatal del Programa de Bioética, dio la bienvenida en representación de la Lic. Lizdah Ivette García Rodríguez, Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad, además de presentar la introducción al curso y las funciones generales de la Comisión de Bioética del Estado de México.



El segundo punto del orden del día fue acotado por la presentación del Lic. Miguel Ángel Ordoñez Rayón, titular de la Coordinación de Voluntades Anticipadas en el Estado de México, quien mencionó que la Voluntad Anticipada es un acto a través del cual una persona, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí en relación con el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos, ya sea en un Acta o en una Escritura de Voluntad Anticipada.

La tercera participación en la plenaria fue la del Dr. En Psic. José Luis Sensión Acosta, Responsable estatal del Programa de Cuidados Paliativos, quien dio a conocer la Ley Federal en Materia de Cuidados Paliativos, fué publicada el día 5 de enero de 2009 y reformado el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de atención médica, Capítulo VIII Bis, Disposiciones para la prestación de servicios de cuidados paliativos, publicada el primero de noviembre de 2013, misma que tiene por objeto establecer los procedimientos generales para la prestación de cuidados paliativos adecuados a los usuarios de cualquier edad que cursan una enfermedad en estado terminal, que consisten en aliviar el dolor y otros síntomas, no alargar, ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal, así como proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible y finalmente dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el proceso del duelo.



Posterior a un receso, la Dra. Karen Aguirre Albrecht y el Lic. David Alejandro López Vivaldo presentaron los Lineamientos Generales de los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación, para dar lugar a la distribución de los participantes en dos auditorios para continuar con los cursos taller de CHB y de CEI para los integrantes

de los Comités Hospitalarios de Bioética y de Comités de Ética en Investigación respectivamente.



Cabe mencionar que el total de asistentes fue de 137 participantes, de los hospitales y jurisdicciones del ISEM, lo que nos llena de satisfacción y alegría, porque esto refleja el interés que los trabajadores de la salud tienen para cumplir con la normatividad vigente y contribuir en el esfuerzo de consolidar una cultura bioética en el Estado, que trascenderá en mejorar la calidad de los servicios.

Por su enorme participación este curso cumplió exitosamente con los objetivos y nos compromete a que los que le siguen sean mejores, porque: “los trabajadores de la salud son nuestra base, la capacitación nuestros pilares y los pacientes nuestro soporte”. ¡Muchas gracias por su participación y compromiso! 🙏



Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, Informe de Actividades 2012-2013

Jesús Luis Rubí Salazar

Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico
del Estado de México



Introducción

El día 23 de enero del año en curso, el Dr. Jesús Luis Rubí Salazar presentó los resultados correspondientes al periodo 2012 y 2013, atendiendo al mandato expreso del artículo 15 fracción IX, del Reglamento Interno de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, que señala la obligación del Comisionado de rendir ante el titular del Ejecutivo del Estado el informe anual de actividades; contenido que fue analizado y aprobado por el Honorable Consejo de Gobierno de esta Comisión.



Las actividades de este organismo se centran en el Tercer Pilar del Plan de Desarrollo del Estado de México 2011 – 2017, referente a una “Sociedad Protegida” y se vincula con el objetivo de fomentar la Seguridad Ciudadana y la Procuración de Justicia, asimismo con la estrategia de consolidar el nuevo Sistema de Justicia.

La Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto contribuir a solucionar los conflictos suscitados entre usuarios y prestadores de servicios médicos; para el cumplimiento de su objeto tiene las atribuciones siguientes:

- Brindar asesoría médico – legal e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos.

- Recibir, investigar y substanciar las quejas que presenten los usuarios en contra de prestadores de servicios médicos por supuestas irregularidades.

- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por:

a) Probables actos u omisiones.

b) Probables casos de negligencia con consecuencia en la salud y,

c) Los que determine la Comisión, a través de sus disposiciones generales.

- Fungir como árbitro y pronunciar el laudo que corresponda.

- Solicitar a los prestadores de servicios médicos, los datos y documentos que sean necesarios para resolver las quejas y hacer del conocimiento del superior inmediato, del órgano de control interno correspondiente, las autoridades de salud, los colegios y asociaciones de medicina, la negativa expresa o tácita a proporcionarlos, así como informar a las autoridades competentes cuando se detecte que los hechos pudieran llegar a constituir un ilícito.

- Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades judiciales, administrativas o el Ministerio Público, en términos de los convenios que para tal efecto se celebren.

- Informar a los prestadores de servicios médicos sobre las irregularidades que se adviertan en sus actividades, haciéndolas del conocimiento de la autoridad competente cuando llegaren a ser constitutivas de

responsabilidad administrativa o penal.

- Convenir con institutos, asociaciones médicas, organizaciones públicas y privadas, la ejecución de acciones que le permitan el desarrollo y fortalecimiento de sus atribuciones y,

- Las demás que determinen otras disposiciones legales.

En su ámbito de competencia, esta Comisión ha actuado con criterio ético y profesional permitiendo a los ciudadanos y a los prestadores de servicios de salud, dirimir y resolver sus diferencias o quejas, en un entorno amigable, con pleno respeto a sus derechos y obligaciones, con apego a la *lex artis* médica, la deontología y la normatividad aplicable.

Ambas partes, promovente y prestador de servicio, deberán aceptar voluntariamente y de buena fe, el procedimiento institucional; el cual inicia con la recepción de la queja médica, en la que subyace la sospecha de una probable mala práctica en la prestación de servicios de salud, facultando a la Comisión para actuar, conforme a la controversia, ponderando la importancia y trascendencia del acto médico.

El actuar como conciliadores nos ha permitido hacer uso de vías pacíficas y participativas que propician soluciones justas, de manera cordial, breve y gratuita, dando término a las controversias.

En este contexto se han logrado acuerdos favorables con el objeto de protocolizar y dar valor legal y moral al acto de conciliación, situación que ha dado certidumbre a los usuarios y ha hecho que mejore la percepción que tienen de esta Comisión.

Por su autonomía técnica y atribuciones, tiene la capacidad para analizar y calificar el acto médico y resolver los conflictos teniendo en cuenta los principios fundamentales de: No

Maleficencia, no hacer daño; Beneficencia, hacer el bien; Autonomía, con respeto a las decisiones de las personas y la Justicia, mediante el trato digno e igualitario.

A diario, en el Estado de México, se realizan miles de acciones de prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en diversos ámbitos desde el núcleo familiar, la comunidad, Centros de Salud y en los grandes y complejos centros de atención hospitalaria, donde el personal de salud toma decisiones con fundamento en normas oficiales vigentes, conocimientos científicos y tecnológicos, que a su juicio y bien saber son las adecuadas y justas, siempre con la intención de hacer el bien y no causar daño alguno con su actuación; sin embargo, hay factores ajenos a su voluntad que coadyuvan a resultados no deseados y que generan un conflicto entre los que prestan un servicio y quienes lo reciben.

Todos sabemos que la curación o el riesgo de morir no dependen estrictamente del “acto médico perfecto” ya que éste, no existe; toda persona que enferma no recupera por completo el estado de equilibrio metabólico y biopsicosocial, por diversos factores que regulan su vida, prevaleciendo el padecimiento de origen y la aparición de complicaciones que debilitan al ser humano y lo exponen al alto riesgo de volver a enfermar o morir sin que el personal de salud pueda hacer algo por su rescate.

Si bien es necesario conocer al paciente, mediante una meticulosa recolección de datos personales y familiares, signos, síntomas, resultados de laboratorio y gabinete, condiciones de vida y medio ambiente donde vive, también debe tomarse en cuenta la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud.

Asuntos atendidos

En el presente informe se refirió a los resultados obtenidos en los años 2012 y 2013, ajustando los periodos con la finalidad de ordenar por año calendario los asuntos recibidos y atendidos en la oficina central de Toluca y delegación del Valle de México, situada en el municipio de Naucalpan de Juárez.

En el periodo que se informa, se atendieron 3 mil 91 asuntos, correspondiendo 49.6% al año 2012 y 50.4% al 2013.

Por su forma de conclusión, 56.9% correspondió a la acción de asesoría médica, jurídica y administrativa, otorgada a usuarios y prestadores de servicios de salud que lo solicitaron. Se realizaron mil 758 asesorías. Cuando los asuntos no son competencia de esta Comisión, se orienta a los interesados para dirigirse a la instancia que corresponda, tal es el caso de jubilaciones, pensiones, honorarios, tarifas en hospitales y otros.

El 25.2% de los asuntos atendidos concluyó a través de una Gestión Inmediata con el personal directivo y médico del lugar en donde se generó la inconformidad, comprometiéndose a dar solución al problema planteado por el usuario y/o su representante.

Los motivos que dieron origen a la realización de gestiones inmediatas fueron: deficiencias en la relación médico-paciente, tratamiento médico otorgado, negación en la prestación del servicio, dilación en la atención médica, diferimiento de procedimientos quirúrgicos y negación en la entrega de resumen clínico; bajo esta modalidad de atención se concluyeron 779 asuntos.

Del total de asuntos atendidos, 9.8% (304) fue ingresado como queja, dando la atención pertinente de acuerdo al procedimiento establecido. Asimismo 8.1% concluyeron como peritajes.

Características de las quejas

En 63.0% de las quejas atendidas estuvo implicado el sexo femenino.

El grupo de edad que generó el mayor número de quejas fue el de 20 a 44 años, representando 46.0%.

El 46.0% de las quejas se concentraron en los municipios de: Toluca, Ecatepec de Morelos, Metepec, Atizapán de Zaragoza y Coacalco de Berriozábal. Otro similar 46.0% en el resto de municipios de la entidad y el 8.0% en otros estados de la república y el Distrito Federal.

En relación a las quejas por institución prestadora de servicios de salud, observamos que 68.0% fueron generadas en servicios de medicina privada, 19.0% en instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 13.0% le correspondió al Instituto de Salud del Estado de México y el Instituto Materno Infantil del Estado de México (ISEM e IMIEM), instituciones responsables de atender la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular.

Por especialidad médica implicada, 63.5% de las quejas se registró en Odontología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva y Oftalmología; 36.5% restante a otras especialidades médicas.

En cuanto a la modalidad de conclusión de las quejas, 33.0%, de casos ocurrió por la vía de Conciliación, 17.5% terminaron como Opinión Técnica-Médica, 14.5% concluyó en desistimiento, 13.4% como No Conciliación, 9.0% por Declinación de Competencia, 4.5% por estar siendo vista en otra instancia, 3.5% por manifestación del usuario de acudir a otra dependencia; en el 2.5% de las quejas

la Comisión dio vista a otro organismo, 1.0% fueron improcedentes, 0.5% por preclusión y finalmente el 0.5% correspondió a un asunto por Sobreseimiento.

De lo anterior se desprende que de 100 casos concluidos mediante la conciliación, 70.0% lograron un acuerdo favorable.

De 54 casos que concluyeron en Opinión Técnico-Médica, en 22.0% se encontró responsabilidad en la actuación del prestador de servicios de salud. Es importante observar que en dos de cada 10 quejas concluidas en esta modalidad, se demostró mala práctica médica, requiriendo mayor responsabilidad y mejor actuación de directivos y operativos de los servicios de salud.

Peritajes

Esta Comisión tiene una Unidad de Peritajes, para procesar con calidad moral y técnica la investigación encomendada por alguna Instancia Jurisdiccional, coadyuvando al esclarecimiento de los asuntos planteados por usuarios inconformes llevados a otros organismos, sin haber explorado la opción de conciliación a través de nuestros servicios.

El 8.0% del total de asuntos atendidos en el periodo correspondió a peritajes, requiriendo de un proceso más elaborado por así convenir a las partes en conflicto, haciendo uso pleno de sus derechos para conocer los hechos y entenderlos a la luz del conocimiento y la ética profesional.

El Peritaje al igual que la Opinión Técnica Médica, se fundamenta en el análisis de expertos, que emiten sus criterios al respecto y una vez consensado en el pleno de la Comisión, se proyecta como "Peritaje Técnico - Médico - Institucional", que por sus principios de imparcialidad, confidencialidad y responsabilidad ha sido reconocido por las autoridades jurisdiccionales solicitantes.

En el periodo que se informa se procesaron

250 Peritajes, de los cuales 98.0% fueron dictaminados, 1.5% resultaron improcedentes por falta de documentales y 0.5% por acumulación de expedientes.

Características de los peritajes

El género con el mayor número de casos relacionados con la emisión de Peritaje, corresponde al sexo femenino, con el 71.0% y para el sexo masculino 29.0%.

El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 20 a 44 años, representando 49.5%.

Por institución médica implicada, el 39.0% de los Peritajes correspondieron al Instituto de Salud del Estado de México, 37.0% al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 19.0% a Servicios de Medicina Privada y el 5.0% restante a otras instituciones.

Las principales instancias que solicitaron Peritajes fueron: la Procuraduría General de Justicia del Estado de México con 31.0%, Contraloría Interna del Instituto de Seguridad Social de Estado de México y Municipios (ISSEMYM) 23.0%, Contraloría Interna del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) 23.0%, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México 14% y otras instancias 9.0%

Las especialidades médicas de Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia y Neonatología; generaron 66.0% de los Peritajes. Otras especialidades constituyeron 34.0% restante.

En 245 Peritajes emitidos, se encontró responsabilidad en la actuación del personal prestador de servicios de salud en 58.8% y en 41.2% restante, no se demostró responsabilidad profesional. Lo anterior, pone de manifiesto la necesidad de extender medidas de prevención y control en los procedimientos de atención médica en todas las unidades de salud.

Acciones complementarias

Se firmaron dos Convenios de Colaboración: el primero de ellos, con la Academia Mexiquense de Medicina, A.C. y el segundo, con la Delegación Estado de México del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Con el propósito de fortalecer la colaboración institucional, mejorar la calidad de los servicios y prevenir el conflicto derivado del acto médico, se realizaron dos reuniones de trabajo con el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

Se impartieron 101 conferencias y 50 cursos con la asistencia de 3 mil 550 servidores públicos en 2012 y 7 mil 436 en 2013, destacando la participación de personal directivo y operativo del Instituto de Salud del Estado de México (SUEM), médicos y paramédicos de instituciones públicas de seguridad social, medicina privada, asistencia social, asociaciones y colegios de medicina.

Se realizaron dos simposios con la asistencia de 595 servidores públicos del área médica y profesionales del derecho

El Titular de esta Comisión, en 2012 asistió a 72 eventos y en 2013 a 104, por invitación de la Secretaría de Salud y otras instituciones de los sectores público, social y privado.

Esta Comisión, participa en los trabajos de nueve Órganos Colegiados al servicio de la población mexiquense, destacando: El Consejo de Salud del Estado de México, Comité Estatal para la Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna, el Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA), la Comisión de Bioética del Estado de México, Sistema Estatal para la Igualdad de Trato y Oportunidades entre Mujeres y Hombres y para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en la Secretaría de Seguridad Ciudadana (SSC).

Asimismo se asistió a la Vigésima Segunda Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, realizada en la ciudad de Saltillo, Coahuila; participando con la conferencia "Calidad en la Atención Médica"; y a la Vigésima Tercera Sesión Ordinaria realizada en Guadalajara, Jalisco, con la ponencia "Bioética y Acto Médico"; en esta última, se acordó que el Estado de México será la sede de la vigésima Cuarta Sesión Ordinaria de este Consejo, a celebrarse en Ixtapan de la Sal, el próximo mes de mayo.

Se participó durante 25 días en cuatro Ferias Interinstitucionales de Servicios, en los municipios de Toluca, Malinalco y Calimaya, contribuyendo personal médico y jurídico de esta Comisión en la difusión de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y, Funciones y Atribuciones de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, dando atención a 8 mil 800 usuarios.

Se está trabajando en coordinación con la Dirección General de Innovación del Gobierno del Estado de México y la Subdirección de Calidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con la finalidad de certificar los procesos sustantivos de acuerdo a la Norma ISO 9001:2008; con un avance del 60%.

Con el fin de prevenir y atender contingencias por fenómenos perturbadores, se trabaja en coordinación con la Subdirección de Urgencias del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en la implementación de la Unidad Interna de Protección Civil, registrando un avance del 85% en sus distintas etapas.

Es grato expresar a nombre de esta Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, el agradecimiento a las autoridades de las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, colegios y asociaciones médicas de la entidad, por su participación y colaboración en el desarrollo de los diferentes proyectos y acciones con el compromiso de servir a la sociedad.

Así como a los integrantes del Honorable Consejo de Gobierno de esta Comisión, por su significativa colaboración para el alto desempeño alcanzado, tras compartir opiniones y marcar directrices para el bien actuar de ésta institución.

Lo anterior no se hubiera logrado sin la participación de todo el personal, su desempeño, compromiso y alto sentido de responsabilidad al servicio de la sociedad mexiquense, propicio el logro de los objetivos.

La Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, en su firme propósito de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios médicos, asume el compromiso de servir a la población Mexiquense con imparcialidad, responsabilidad y con pleno respeto a los derechos humanos.

Se continuará actuando con transparencia en los distintos procesos, con la finalidad de lograr la satisfacción de los usuarios y, para que los prestadores de servicios de salud vean en esta Comisión, un mecanismo alternativo para dirimir cualquier inconformidad, evitando que ésta curse hacia otras instancias jurisdiccionales, con resultados no favorables para su integridad moral y profesional; asimismo contribuir en mejorar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones del sector salud.

El personal de la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, les expresa su agradecimiento por el valioso apoyo para realizar tan noble labor. ☺







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 palabras claves y un resumen de no más de 200 palabras (obligatorio).

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, correo electrónico y fecha de envío de documento.

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 BUSTAMANTE MONTES

Directora de la Facultad de
Medicina de la UAEMéx

DRA. MARÍA DEL CARMEN FUENTES CUEVAS

Jefa de Enseñanza de la Delegación
Estatad 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

DR. VÍCTOR GUTIÉRREZ GÓMEZ

Director 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

DRA. MA. DE LOS ÁNGELES HERNÁNDEZ OSUNA
Presidenta 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. LIZDAH 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

