

BIOÉTICA Y SALUD

ISSN 2007-2864

AÑO 5 No. 9 Julio - diciembre 2014

La Bioética en el Sistema Nacional de Salud

Manuel H. Ruiz de Chávez
Alejandro del Valle Muñoz

**Derechos humanos, acceso a la salud, y la
reforma constitucional de junio de 2011**

Miguel Ángel Cruz Muciño

**Bioética, derechos humanos y grupos
vulnerables: el niño, la mujer, la tercera
edad y los pueblos indígenas**

José María Alonso Aguerrebere

**Calidad de vida interior, la
antesala de una vida digna**

Hilda C. Vargas Cancino

Conocimiento
Responsabilidad
Solidaridad

Tolerancia
Igualdad
Valores
Humanos

Comisión de Bioética del Estado de México

Personal Operativo



MISIÓN

Estudio observancia y aplicación de los valores y principios orientados a salvaguardar la dignidad de la persona y la preservación del medio ambiente en la prestación de los servicios e investigación en salud.

VISIÓN

Ser un organismo humanista, colegiado y rector en Bioética en el Estado de México.

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

Gobernador Constitucional del Estado de México

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

- Elizabeth Dávila Chávez
Directora General del Instituto de Salud del Estado de México y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Ana María Millán Velázquez
Responsable Estatal de Bioética y Secretaria Técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Representantes de Instituciones que integran la Comisión de Bioética del Estado de México

REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO "BIOÉTICA Y SALUD". Año V, No. 9, Julio - diciembre 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 diciembre 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: 217/05/04/14-02

Consejo editorial:

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

Comité editorial:

José Pedro Montoya Moreno
Jesús Luis Rubí Salazar
Lizdah Ivette García Rodríguez
José Torres Mejía
Leopoldo Morales Palomares
Juan María Parent Jacquemin
Elba Galicia Martínez
Claudia Terán Cordero
Manuel López Kneeland
Jorge Elliot Rodríguez

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de redacción:

Elías Miranda Román
Jorge Cruz Borromeo
Miguel Ángel Cruz Muciño
Raquel Agami Quezada

Diseño e imagen:

Erika Viridiana Mejía Millán

Fotografía:

Unidad de Comunicación Social del ISEM
Hospitales del Sector Salud

Corrección de imagen institucional:

Subcomité Editorial de la Secretaría de 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	
La Bioética en el Sistema Nacional de Salud	06
Manuel H. Ruiz de Chávez Alejandro del Valle Muñoz	
Calidad de vida interior, la antesala de una vida digna	16
Hilda C. Vargas Cancino	
Bioética, derechos humanos y grupos vulnerables: el niño, la mujer, la tercera edad y los pueblos indígenas	22
José María Alonso Aguerrebere	
De la ciencia a la conciencia	
El envejecimiento en el hogar y las tecnologías de la información y la comunicación	35
José Rodríguez Carrasco Marcela Casillas Escalona	
El cambio representa progreso	39
Víctor Manuel Muñoz Rebollo	
Perspectivas médicas y reporte de casos	
Discapacidad motora por VIH, un problema epidemiológico	45
Patricia Socorro Pérez Amaya Yaneli Castañeda Espinosa	
Quejas odontológicas en el Valle de Toluca ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México	48
Alejandra Lizbeth Velasco García Beatriz Elina Martínez-Carrillo Arturo García Rillo	
Fuente informativa en bioética	
Derechos humanos, acceso a la salud y la reforma constitucional de junio de 2011	56
Miguel Ángel Cruz Muciño	
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	62
Erika Viridiana Mejía Millán	
Espacio libre y cartas al editor	
La deontología y los principios bioéticos	72
Erendira Natalia Calderón Guzmán	
Lecturas recomendadas	
La idea del hombre	75
Elías Miranda Roman	
Convenio de Colaboración Entre la Legislatura Estatal y el Colegio de Notarios del Estado de México en materia de voluntad anticipada	77
Miguel Ángel Ordóñez Rayón	
Crónica del VIII Encuentro Nacional de Bioética	80
Lizdah Ivette García Rodríguez	
Normas para la presentación de colaboraciones	85

Presentación

Me complace presentar la novena edición de la revista “Bioética y Salud”, de la Comisión de Bioética del Estado de México, en la cual se hace patente, a través de las participaciones de los colaboradores que se han sumado a este proyecto, la importancia de promover una cultura bioética para contribuir a elevar la calidad de los servicios que permita contar con mexiquenses más sanos y más satisfechos con la atención que se les proporciona.

En este sentido, el establecer una alianza entre el conocimiento y las humanidades facilita el mutuo entendimiento y reconocimiento de los intereses y prioridades, tanto de los trabajadores de la salud como de sus pacientes.

Por ello, a través de la educación en bioética, se mejora el quehacer cotidiano de los profesionales de la salud, dando origen a la reflexión y formación de códigos éticos de conducta, para lograr desarrollar las herramientas que ayuden a tomar decisiones clínicas bajo el enfoque de la bioética, que se refiere a la reflexión y acción de pensar en no dañar.

Es muy gratificante ver cómo cada vez más compañeros se han vinculado a este modelo de atención, con acciones específicas humanistas y empáticas, que refrendan el compromiso social de elevar la calidad de la atención médica.☺

Secretario de Salud del Estado de México

Editorial

La Comisión de Bioética del Estado de México agradece a los colaboradores que hicieron posible esta novena publicación y a las autoridades de las instituciones que la conforman por su apoyo y especialmente por la importancia que han deferido a las actividades que se desarrollan en bioética en nuestro estado.

La bioética examina las repercusiones sociales de las decisiones biomédicas, de modo que sea eficiente, lo que se refiere a optimizar los recursos disponibles desde un enfoque de calidad y cantidad, que responda a las necesidades del paciente y que sea efectiva y adaptable a la colectividad; debido que es una tarea crucial que se traten temas que den a conocer lo que nuestro país está trabajando en este sentido, por lo que el Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez y el Dr. Alejandro del Valle Muñoz, presentan el tema de la Bioética en el Programa Sectorial de Salud, mismos que hacen referencia al papel de la bioética nacional e internacional y su vinculación con el sistema de salud.

La Dra. Hilda Carmen Vargas Cancino presenta el tema “Calidad de vida interior la antesala de una vida digna”, que describe los factores que denotan las cualidades en este sentido y propone que se fortalezcan las políticas públicas para la creación de oportunidades que permitan a las personas funcionar con una calidad de vida que valga la pena ser vivida.

Otro tema interesante es Bioética, derechos humanos y grupos vulnerables el niño, la mujer, la tercera edad y los pueblos marginados”, que el Dr. José María Alonso Aguerrebere aborda de manera magistral en el que señala que el estado es el encargando de organizar un sistema de planeación democrático de desarrollo nacional, en el cual se definen las políticas públicas nacionales y del que se sujetan obligatoriamente los programas de salud, tomando como base los determinantes sociales para definir las prioridades.

En el apartado de la ciencia a la conciencia, el Dr. José Rodríguez Carrasco desarrolla el tema “El envejecimiento en el hogar y las tecnologías de la información y comunicación”, en el cual describe los enfoques en decisiones para llevar a este grupo etario hacia una vida saludable y plena.

En el tema “El cambio representa progreso”, Víctor Manuel Muñoz Rebollo plasma la importancia de perder el miedo al cambio y saber identificar cuándo estamos preparados para hacerlo.

En perspectivas médicas y reporte de casos, se presentan dos temas importantes: “La discapacidad motora por VIH, un problema epidemiológico” y “Las quejas odontológicas en el Valle de Toluca ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México”; y finalmente en el apartado de Fuente informativa en bioética se presenta el tema “Derechos Humanos, acceso a la salud y La reforma constitucional 2011”, así como “La Declaración Universal de los Derechos Humanos”, entre otros temas interesantes que al interior encontrará.☺

Diálogo Bioético



La Bioética en el Sistema Nacional de Salud

Fecha de recepción: octubre 2014.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Manuel H. Ruiz de Chávez

Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética

Alejandro del Valle Muñoz

Director del Centro del Conocimiento Bioético de la
Comisión Nacional de Bioética

Resumen: El presente artículo tiene la finalidad de abordar los avances del país en materia de bioética, traza las principales tareas efectuadas a lo largo de más de dos décadas y expresa la articulación de las actividades de carácter bioético en el marco del Programa Sectorial de Salud 2012-2018.

Para abordar el tema nos referiremos, en primer lugar y de manera breve, a los antecedentes y evolución de la Comisión Nacional de Bioética, con el objeto de dar un marco general que nos permita visualizar los avances en materia de bioética en el país y lo mucho que nos queda por hacer en términos de su institucionalización, lo que debe verse reflejado en todo instrumento programático, como lo será el próximo *Programa Sectorial de Salud*, conocido por sus siglas como **PROSESA**.

En segundo término aludiremos a la inserción de la bioética como estrategia y fundamento que deben atravesar todas las instituciones, actores y programas que convergen en el Sistema Nacional de Salud y, por último, compartiremos con ustedes algunas reflexiones generales que nos pueden ser de utilidad para diseñar algunas directrices y líneas estratégicas, en el marco del *Programa Sectorial de Salud 2018-2024*.

Palabras clave: Institucionalizar, desarrollo, educación y bioética.

La Bioética y la Comisión Nacional. Antecedentes y Evolución

A lo largo de dos décadas, la Comisión Nacional de Bioética **CONBIOÉTICA** ha impulsado de manera gradual el desarrollo institucional de este campo de conocimiento en el país.

Con este propósito se han desarrollado numerosas acciones de gran importancia, que han ido sembrando paso a paso la trascendencia de la bioética como un campo sustantivo. Tanto en el ámbito académico, de enseñanza e investigación, como en el contexto de la provisión de servicios de salud.

Su función principal ha sido promover el conocimiento y aplicación de la bioética en México, a través de fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados a esta disciplina.

Para tal fin, la Comisión Nacional ha intensificado sus acciones para promover un diálogo permanente con distintos actores y organismos nacionales e internacionales y, de esta manera, contribuir al desarrollo de la bioética en México, sin dejar de estar al tanto de lo que ocurre en otros países de América y del mundo.

Constituye un espacio de encuentro y diálogo, un lazo de conocimientos y

saberes (humanísticos, científicos, prácticos, especializados y generales) que exige la convergencia y colaboración entre culturas con rostros y orígenes disímboles, en torno a las cuestiones esenciales que atañen a la sociedad entera: la paz, la salud, el cuidado del medio ambiente y los recursos naturales, el control informado y convenido del desarrollo y empleo de innovaciones tecnológicas; sin detrimento de la libertad en la investigación, la imaginación creativa y las alternativas originales y pertinentes orientadas al bien común.

La bioética, en este sentido, permite el análisis concertado de temas de gran relevancia para la humanidad, que se logra a través de la interlocución con organismos internacionales, así como con instituciones y organizaciones nacionales, que le han dado visibilidad mundial a los problemas de orden ético y bioético y los han hecho alcanzar un tratamiento significativo en los últimos años.

Si bien los aspectos abordados por la bioética ciertamente en cada región y país tienen un matiz particular, resulta necesario identificar las tendencias más importantes en cuanto a los temas, metodologías de análisis y reflexiones, para luego traducirlas en propuestas de acción y políticas *ad hoc* al contexto nacional.





La Comisión Nacional de Bioética y su vinculación internacional y nacional

Para la Comisión Nacional de Bioética el diálogo permanente es el medio que permite la sistematización de las experiencias y el intercambio de conocimiento. En este sentido, ha sido esencial la vinculación internacional en donde existe una amplia gama de posibilidades de interlocución en bioética, lo que ha permitido que se hayan generado avances importantes que deberán tener continuidad en el marco del nuevo periodo de gestión institucional 2013-2018 que está en proceso. Destaca también el abordaje de cuestiones de carácter global, que implicaron un alto grado de compromiso de las instituciones participantes para trasladar los análisis realizados al contexto nacional, a través de actividades académicas y de vinculación y de esta forma, incorporar contenidos temáticos especializados en bioética en las instituciones abocadas a la atención, la investigación y la formación en salud, lo mismo que en el diseño de políticas públicas nacionales.

En el ámbito nacional los esfuerzos y compromisos de la Comisión Nacional ha impulsado la institucionalización de la bioética mediante la aplicación de principios y criterios normativos en la materia, respondiendo a lo anterior, se ha fortalecido el desarrollo y la operatividad de la infraestructura bioética nacional.

La infraestructura bioética

La infraestructura nacional en bioética está conformada por las Comisiones Estatales de Bioética (CEBs), los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y los Comités de Ética en Investigación (CEI), en los que descansa la gran responsabilidad de consolidarla, a través del desarrollo de acciones continuas y sostenidas en las entidades federativas, para concretar efectivamente la promoción de la cultura bioética y acercarla a la sociedad.

Se trata de abordar los diferentes temas y dilemas bioéticos, poner de relieve la autonomía y el respeto a la dignidad de las personas, instrumentar programas de asesoría y capacitación entre el personal de salud para incorporar la perspectiva bioética en sus tareas, inmersas en los procesos de atención a la salud e investigación, así como entre los directivos y el personal abocado a la toma de decisiones y a la actualización legislativa, al diseño de políticas públicas, a la configuración de planes y programas de estudio y desempeño docente en salud, y fomentar sistemáticamente actividades de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial, sobre los temas vinculados con la salud humana, pero también con aquellos que tienen que ver con la preservación de la vida animal, vegetal y la protección del medio ambiente en general.

Ésta es la forma de hacer de la bioética una cultura que permeé no sólo en el pensamiento, sino también, en la práctica cotidiana de las personas, los grupos sociales, el personal de salud y la ciudadanía en su conjunto.

Asimismo, aquellas agrupaciones, asociaciones o academias y grupos organizados de la sociedad civil abocados o interesados en la bioética, como parte potencial de la capacidad instalada que dispone el país para abordar el campo de la bioética en su culturización.

El proceso de creación de las Comisiones Estatales de Bioética se formaliza en el año

2003, a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), siguió la integración, el impulso y fortalecimiento de los Comités de Ética en Investigación y Hospitalarios de Bioética, todo ello con base en los lineamientos emitidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Actualmente, en veintinueve entidades se tienen ya diferentes grados de avance en la instrumentación del proceso de creación de las Comisiones Estatales de Bioética, conforme a la voluntad política local y a la suficiencia de recursos destinados por los gobiernos estatales, de tal suerte que veintidós comisiones cuentan con acuerdo de creación publicado y las siete restantes están inmersas en el proceso para su regularización, lo que es necesario concretar a la brevedad.

Desde la creación de la Comisión Nacional de Bioética se ha promovido la instalación de los comités en las unidades médicas de las principales instituciones del sector salud, incluyendo al sector privado y centros de investigación biomédica, aún antes de tener el carácter obligatorio que ahora determina la Ley General de Salud.



Por iniciativa de la Comisión Nacional se promovió la adecuación de la Ley General de Salud, como máximo ordenamiento en la materia, para plasmar ese carácter obligatorio de los comités. En este proceso, desde luego, la participación de las H. Cámaras de Senadores y Diputados fue particularmente importante.

La obligatoriedad aplica para los establecimientos hospitalarios con más de treinta camas, sean del sector público, social o privado; como parte del Sistema Nacional de Salud deben contar con Comités Hospitalarios de Bioética y, por otra parte, con Comités de Ética en Investigación cuando se realice investigación en seres humanos, lo que es extensivo para instituciones de enseñanza superior o centros de investigación, públicos y privados.

Para tal efecto, el 31 de octubre de 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se emitieron las *Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités*, para atender lo dispuesto en el Artículo Segundo Transitorio del Decreto. La elaboración incluyó actividades de colaboración con diversas instituciones que conforman el sector salud, así como reuniones con instancias de investigación. Se realizaron foros de consulta y reuniones de trabajo con expertos, quienes emitieron sus opiniones respecto a los documentos preliminares de las Disposiciones Generales de ambos comités.

Los CHB y los CEI representan una vía esencial para asegurar que las prácticas éticas estén presentes en los procesos de las instituciones de salud y educación superior, y de que su participación es clave para asegurar que las regulaciones y políticas que se diseñan tengan un efecto concreto para garantizar la salvaguarda a la autonomía y los derechos de los usuarios de los servicios de atención para la salud, así como de la población en general, teniendo como principio fundamental el maximizar los beneficios y reducir al mínimo la probabilidad de causar algún daño, en un marco de justicia y equidad, logrando de esta manera incidir en la calidad y la protección a los pacientes.



La Bioética y el Sistema Nacional de Salud

A partir del panorama descrito, se observa que, como en otras latitudes, en México se ha calado hondo la importancia de este punto de intersección de conocimientos propios de las humanidades y de las ciencias de la vida y, sobre todo, su traducción y aplicación en la práctica cotidiana.

Por ello, hoy más que nunca, resulta indispensable la instalación de estos comités en todos los estados de la República, pues representan, además, el espacio para hacer real e imprimir continuidad al enorme esfuerzo que se ha venido haciendo por institucionalizar la bioética y sus bases fundamentales en el país, teniendo en mente el beneficio de la sociedad mexicana.

Por supuesto, en este cometido guarda una importancia capital el que se consideren las peculiaridades de carácter multicultural propias de cada entidad federativa y, por lo tanto, el poner en un primer plano el desarrollo de la interculturalidad en salud, para contar con personal y servicios competentes en este aspecto, pero también para no dejar de lado el componente étnico dentro de los comités, tanto regionales -cuya modalidad es propia de Jalisco- como Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación, cuando el caso lo amerite.

En el espacio de la salud, sea en la prestación de servicios o, bien, en el desarrollo de investigaciones en seres humanos, una de las aportaciones cardinales de la bioética es el hecho de incidir en la calidad de las relaciones interpersonales entre pacientes o usuarios de los servicios, familiares y el equipo de salud. Se trata un aspecto crucial dentro del proceso de mejora de la calidad de la atención, que va más allá de los insumos, materiales, infraestructura y disponibilidad de los servicios, e incluso más allá de la calidad técnica, la capacidad y experiencia estrictamente científica del personal, para insertarse en la conciencia, la solidaridad y el buen trato que exige una actuación ética y una visión bioética de la atención a la salud.

La salud y su protección, como derecho inalienable y bien social está íntimamente vinculada a la vigencia y ejercicio pleno de los derechos del ser humano, relativos a su dignidad y calidad de vida y entre ellos a la atención que se le brinde.



Es imprescindible garantizar el derecho de todos los ciudadanos a una atención de la salud integral, eficiente e impregnada de calidad humana, a través de un equipo de salud, científica y laboralmente suficiente, que actúe con satisfacción vocacional y competencia cultural desde la órbita de la bioética.

El equipo debe ejercer su trabajo con espíritu de servicio, a partir de pautas y normas éticas respetuosas de la dignidad humana.

De igual forma, es necesario superar una realidad actual que todos reconocemos como insuficiente, inequitativa y cada vez más carente del ingrediente humano indispensable, situación que se ha agravado en forma vertiginosa, básicamente en torno a una demanda asistencial creciente, lo que permite ofrecer respuestas parciales, con acciones centralizadas y limitadas, carentes de un espacio propicio para alcanzar un buen *rapport* y reciprocidad.

Este escenario se torna, por tanto, proclive a una insuficiente relación humana adecuada, con predominio de profesionales centrados en un especialismo médico no siempre justificado, del que emergen ostensibles diferencias en calidad técnica y sensibilidad respecto a las demandas de usuarios, pacientes, familiares y comunidades, quienes son la razón de ser de la actividad médica.

Además, en todo este complejo e intrincado proceso, los esfuerzos se concentran en atender -parcial e inequitativamente- la enfermedad, los daños y sus consecuencias y no se privilegian las acciones de educación y la promoción de la salud, ni se promueve de manera intensiva la prevención, que debe ser el objetivo nodal de toda actividad centrada en la atención de la salud, tamizadas por la indispensable fundamentación bioética, en donde las personas son un fin en sí mismas y no un medio, aunque se trate de investigación en salud.

La necesaria vertebración de la estructura, organización y el financiamiento de las cada vez más complejas instituciones y acciones de atención a la salud, dirigidas a toda la población, requiere un abordaje sistémico, que comprenda y priorice la complementación, coordinación e integración sectorial de los diferentes niveles de atención, con una perspectiva bioética, para consolidar un sistema universal, integrado y más humanizado de salud.

Ahora bien, se ha señalado con razón que un mejor sistema de salud es aquél que tiene mayor capacidad para anticiparse a los nuevos problemas de salud y acotar los viejos o de mayor permanencia; para ello moviliza recursos, produce servicios acordes y los orienta para reducir desigualdades y lograr mejores condiciones de salud al menor costo.

No obstante, proveer los servicios considerados -incluso anticipándose a daños y riesgos- pasa necesariamente por una relación interpersonal en donde el buen trato y la información precisa al paciente es un elemento capital para la satisfacción de las necesidades de salud, para que el propio paciente pueda manejar y sepa organizar su experiencia alrededor de su propio estado de salud y, sobre esta base, responder de manera acorde a su atención, consciente de la necesidad de su adherencia terapéutica y de la importancia crucial de su corresponsabilidad en el cuidado y mejoría de su salud.



Se trata de cristalizar un nuevo contrato de responsabilidades y derechos compartidos, donde gravitarán con plenitud los principios éticos y las normas que hacen posible acceder a una efectiva calidad integral en la atención de la salud.

Todas las instituciones e instancias que componen el Sistema Nacional de Salud, sean de los órdenes público, social o privado deben llevar a cabo un doble esfuerzo: ser sujetos responsables de consciencia, conocimiento y acción bioética y, al mismo tiempo, ser espacios de irradiación de la cultura bioética, desde sus diversos ámbitos de responsabilidad, ya sea en términos de prestación de servicios, actividades docentes, desarrollo de investigaciones, estudios o de provisión de servicios más amplios incluidos en la seguridad social.

En todas estas actividades que son propias de todas las instituciones que conforman tanto el sector como el Sistema Nacional de Salud, la bioética es una acción y una estrategia transversal que permea en todas las instancias, intervenciones de salud -personales o colectivas- así como en todos los niveles de atención, incluyendo desde luego a la medicina científica, pero también a las prácticas alternativas, indígenas y tradicionales.

El Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud: espacios de anclaje y proyección de la Bioética

El Plan Nacional de Desarrollo (PND), como pauta de visión y acción institucional que hace posible encarar retos y trazar la vía para remontar desafíos para un mayor desarrollo con justicia social en el país, es el eje en donde se precisan las acciones que llevarán a cabo la sociedad mexicana y el gobierno de la República.

Este documento rector implica el compromiso de todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país, y se concreta en

cinco metas nacionales: *Un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global.*

En este contexto, la Comisión Nacional de Bioética, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, reconoce en las actividades que realiza, una manera de contribuir al logro del objetivo general de **llevar a México a su máximo potencial** por lo cual, en alineación con la segunda meta, relativa a un *México Incluyente*, y a la línea de acción centrada en *Asegurar el acceso a los servicios de salud*, ha incorporado a su plan anual de trabajo un conjunto de metas institucionales que, a través de la perspectiva bioética, buscan coadyuvar con los esfuerzos de coordinación y rectoría que realiza la Secretaría de Salud.

Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, que es el instrumento mediante el cual se formulan las políticas, estrategias y acciones en el sector ha previsto seis objetivos que, aunque aún no se ha presentado de manera formal, comparto con ustedes de manera preliminar, ya que nos van a permitir prever nuestras responsabilidades concurrentes:

1. Incrementar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de 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 efectivo de los recursos en salud y, por último.
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.



De acuerdo con lo anterior, la CONBIOÉTICA, de conformidad con su marco normativo de atribuciones, ha identificado algunas **estrategias** que pueden contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas trazadas en el programa. Las propuestas se pretenden alinear a la estrategia 6. *Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud*, en particular al objetivo 6.5 *Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del Sistema Nacional de Salud*. Se han considerado hasta el momento las siguientes:

- Fomentar el respeto a la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud.
- Fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.
- Incorporar los principios bioéticos en el diseño, análisis y evaluación de las políticas públicas y programas.
- Consolidar a las comisiones (nacional y estatales de bioética), así como los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación.
- Promover la observancia de criterios de bioética internacionales acordes con el interés y las políticas de salud del país.
- Difundir la cultura bioética entre la sociedad, impulsar capacitación del personal y la formación de profesionales

Como se puede observar, las áreas de oportunidad para el avance de la cultura bioética en nuestro país son importantes, ya que el escenario se muestra favorable para impulsar proyectos y programas que hagan factible el desarrollo del conocimiento y la cultura bioética en las distintas esferas del quehacer social.

Por supuesto que el Plan Nacional de Desarrollo contempla otras metas además de la relativa a *México incluyente*, como son las de *México en paz*, *México con educación de calidad*, *México próspero* y *México con responsabilidad social*, en donde pueden caber también las consideraciones y acciones que prevé la bioética, sobre todo en su acepción más amplia, vinculada a la preservación no sólo de la salud sino de toda expresión de vida, considerando, por supuesto, la protección del entorno ambiental.

Por lo anterior, la planeación, a partir del presente año, se propone trazar acciones cuya traducción en metas e indicadores tengan un efecto positivo y tangible para la ciudadanía, en particular para los grupos más vulnerables de la sociedad.

El cometido final es que la **CONBIOÉTICA** contribuya a aportar conocimientos y acciones para subsanar los retos identificados en el Plan Nacional de Desarrollo y, de esta forma,

coadyuve a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, cuyas premisas esenciales incluyan la perspectiva bioética para elevar la calidad de la atención, a través del fortalecimiento del sentido ético inmerso en las relaciones interpersonales que tienen lugar entre autoridades de los servicios, personal de salud, usuarios y ciudadanía en general.

Debemos tener presente que la bioética debe tener un lugar prominente en razón de bases indubitables:

1. La bioética es un elemento central de la cultura de nuestro tiempo, de vanguardia y convergencia social, que favorece el desarrollo de la democracia por ser un ámbito participativo, incluyente y generador de conciencia y autonomía ciudadana.
2. Tiene un amplio impacto global, tanto en aspectos de protección de la salud, de los derechos, la dignidad humana, así como en actividades de investigación en seres vivos, en el cuidado del entorno y la vida en general.
3. Incide en la formulación, diseño y aplicación de políticas públicas que elevan la calidad de la atención a la salud individual y colectiva, entre otros aspectos.
4. Incluye actividades que fomentan la responsabilidad individual y social, imprime visibilidad mundial y proyecta favorablemente la imagen gubernamental ante instancias y organismos internacionales (UNESCO, OMS, OPS, ONU, entre otros).

Conclusiones

En suma, la finalidad última, a la cual invito a sumarse a las Comisiones Estatales de Bioética y a los titulares de las Secretarías estatales de salud, así como a todos aquellos comprometidos con el desarrollo, la justicia social y el progreso colectivo, es fomentar una actitud responsable en relación con las potenciales consecuencias de las decisiones

que toman tanto los ciudadanos, como los profesionales de la salud, las autoridades institucionales, las organizaciones sociales y los gobiernos en sus tres órdenes o ámbitos de acción, partiendo de una plataforma laica y respetuosa sobre la diversidad de posiciones que derivan o pueden derivar de los tópicos bioéticos, sobre todo los ligados a la vida humana y a la protección de la salud de individuos y colectividades.

De igual forma, promover la cultura bioética es fortalecer y abrir el tejido social al conocimiento en esta materia, con el propósito de mejorar las condiciones sociales y el bienestar general desde una perspectiva ética.

Ello también debe quedar plasmado en leyes, normas, reglamentaciones y programas locales, formulados de una manera más comprensiva hacia la pluralidad, la diversidad social y el respeto a los derechos humanos, teniendo como orientación básica la preservación del medio ambiente y la protección de la salud, con énfasis en dos aspectos: la calidad de la atención -con el consecuente e indispensable conocimiento informado de los ciudadanos a este respecto- y la justicia distributiva como cimiento del derecho a la protección de la salud.

Un aspecto palpable ya, en este sentido, es el esfuerzo hecho por algunas entidades para plasmar en las leyes estatales de salud la obligatoriedad de contar con comités hospitalarios de bioética y sus claros compromisos en aras de incidir, ponderar y acotar los problemas o dilemas bioéticos que pueden darse en la atención de la salud, así como para promover la educación bioética entre el personal de salud y, desde luego, entre los propios miembros del comité.

Ahora sólo resta que tanto estos Comités Hospitalarios como los de Ética en Investigación, se instalen efectivamente en todos los establecimientos o unidades hospitalarias con más de treinta camas, y lo propio se lleve a efecto en todas aquellas que

realicen investigación en seres humanos.

Esta es una asignatura pendiente que urge poner al día y que sí es posible lograrlo.

De igual forma, respetuosamente invitamos a las Secretarías estatales de salud y a las comisiones estatales a que consideren dentro de sus instrumentos programáticos anuales y sexenales la inclusión explícita de la bioética como un espacio esencial

de conocimiento, para incidir en una mejor calidad de vida y coadyuvar al desarrollo democrático, armónico y con un mayor bienestar en todo el país.

Esto es una indispensable aportación al desarrollo de una nueva gestión pública y social, en donde la bioética debe ser la divisa fundamental que esté sólidamente anclada en los instrumentos que guían el desarrollo estatal y nacional, de cara al futuro. ☩

Referencias Bibliográficas

- Gobierno de la República. PROSESA Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Comisión Nacional de Bioética. (2013). *La promoción de la cultura bioética en México: avances y perspectivas 2009-2013*.
- Comisión Nacional de Bioética. (2013). *Guías para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y los Comités Hospitalarios de Bioética*.
- Comisión Nacional de Bioética. (2013). *Notas para el Informe de Gobierno*, Septiembre 2013-Agosto 2014.
- Diario Oficial de la Federación. (2011). Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud.
- Diario Oficial de la Federación. (2012). Acuerdos por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.
- Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Gobierno de la República. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Calidad de vida interior, la antesala de una vida digna

Hilda C. Vargas Cancino

Coordinadora del Programa Estudios, Difusión y Divulgación de la no Violencia en la UAEMéx.

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: Para poder otorgar un servicio con matices cualitativamente deseables, como la amabilidad, el trato justo o de forma ética, es necesario que la persona haya trabajado aspectos vinculados con la inteligencia intrapersonal, diálogo interno, introspección, etc., no necesariamente consciente, algunas personas demuestran una alta estabilidad emocional y una relación con los otros cálida y ética, sin haber tenido contacto oficial con los términos antes mencionados. El artículo presenta dos apartados, el primero refiere al concepto de calidad de vida interior y el segundo a los factores que pueden detonarlo. La fundamentación teórica se hace a partir de Cortina, Panikkar, Gandhi, Maslow y Frankfurt, entre otros. Además se incluyen brevemente los resultados de una experiencia práctica. Se cierra con una reflexión final, que va dirigida hacia la toma de conciencia de una necesidad de cambio para generar una vida digna tanto para sí, como para aquellos que se encuentran en el entorno más cercano: familia, compañeros, usuarios.

Palabras clave: Calidad de vida, vida digna y cambio.

Introducción

Desde la antigüedad hasta las experiencias actuales de nuestra relación con los otros y con lo otro, la forma en que evaluamos lo exitoso, lo correcto, o más exigentemente lo ético de estos vínculos, es principalmente a través de patrones de comportamiento visibles que observan de nosotros la familia, los usuarios, los clientes o los alumnos, etc.

Filósofos como Adela Cortina y Harry Frankfurt o el reconocido activista social Mahatma Gandhi han resaltado la importancia de la autoestima, el amor a uno mismo o el amor a la verdad, respectivamente, como elementos necesarios para mostrar un comportamiento ético hacia los demás y hacia uno mismo. (Cortina, 1999; Frankfurt, 2007; Gandhi).

Cuando el amor se dirige hacia la propia persona implica hacer respetar los propios derechos, lo que implica dejar una postura pasiva de resignación o de cobardía. A la par, ese amor interno debe reflejarse hacia el otro, respetando sus derechos, y dando un paso más allá en este renglón: ser un agente de servicio para el otro, lo cual ya se torna complicado, pero no imposible, y especialmente cobra relevancia ese aspecto, cuando del servicio es de lo que se trata.

Dentro del sector salud se realizó un estudio sobre la equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud, y especialmente en materia de atención, los autores reportan: “En un estudio realizado en la década de los noventa se demostró que un niño nacido en un hospital de la Secretaría de Salud corría un riesgo tres veces mayor de fallecer en los primeros siete días de vida que un niño del mismo peso nacido en un hospital del IMSS. Los investigadores concluyeron que estas diferencias se debían fundamentalmente a diferencias en la calidad de la atención. De hecho, en la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en su comunidad habían empeorado, en comparación con los que tenían en 1994 y los calificaron como “inferiores” a los servicios” (Gómez, et. al, 2004).

¿Qué está sucediendo para que en algunos rubros sobre calidad en la atención médica parezca que se está retrocediendo? Hay factores estructurales que el mismo sistema provoca, como la saturación de consultas que terminan desquiciando al personal en general, aunado a que muchos hospitales carecen de los materiales mínimos indispensables para poder otorgar el servicio, además del ausentismo que incrementa la carga de trabajo del personal que le hace frente y que repercute en su agotamiento, tolerancia y desde luego en su salud. Sin embargo, aunque se reconoce la importancia y el impacto

de dichos aspectos, el presente artículo está dirigido hacia la persona y no hacia la institución, aunque la afectación sea mutua.



El texto está enfocado a mostrar algunas respuestas para los siguientes cuestionamientos: ¿A qué se refiere la calidad de vida interior? ¿De qué depende esa calidad? y ¿Cuáles han sido las propuestas de algunos teóricos y terapeutas al respecto?

Calidad de vida interior

El filósofo español especialista en filosofía oriental Raymond Panikkar hace referencia a cómo las creencias, pensamientos y sentimientos internos de la persona son la base de las manifestaciones exteriores: *“Es difícil vivir sin paz exterior; es imposible vivir sin paz interior. La relación es dual... Si no hay paz dentro de nosotros, no puede haber paz a nuestro alrededor. La falta de paz interior origina luchas que desembocan en derrotas que origina revanchas de todo tipo, abiertas o encubiertas”* (Panikkar, 2006).

Parte de los aspectos mencionados, integran lo que en esta lectura se considera como *Calidad de vida interior*, ya trabajada en algunas investigaciones, y la cual es considerada como aquellos funcionamientos de las personas que le facilitan la posibilidad de escucharse a sí mismas, reflexionar, cuestionarse, y estar conscientes de varios de los impactos que su

comportamiento genera en ella misma y en los demás, incluye el disfrutarse a sí misma cuando se está a solas y que ello le genere, por lo tanto, paz, confianza y alegría, a la vez sea la catapulta que disparará energía para establecer y defender compromisos propios y con el entorno, así como para saber establecer límites cuando las exigencias la superen (Vargas, 2013a). Una calidad de vida interna, irremediablemente lleva a la salud física, a la creación y mantenimiento de vínculos laborales, familiares y sociales más justos, solidarios y armónicos.



Es importante hacer notar que el hecho de que algunas personas, por circunstancias como el divorcio, la pérdida de un ser querido, despidos inesperados y accidentes o enfermedades de alto impacto, llegue a experimentar tristeza, soledad, o incluso rabia, eso no quiere decir que carezcan de una calidad de vida interior, siempre y cuando puedan salir de ese episodio con relativa facilidad. Si implica poner a trabajar para diversas estrategias que le devuelvan su plenitud, aquellas que se mencionan más adelante, en el segundo apartado, a fin de lograr esa comunicación interior *sabia*.

Hay otras formas de llamarle a ese saber estar a solas *con uno mismo*: puede ser introspección, inteligencia intrapersonal, trabajo interior o *espiritualidad*, muy diferente a la práctica de una religión, la puede incluir pero también puede existir aún sin practicarla. Panikkar hace énfasis en la costumbre

asiática de su ejercicio: “Los asiáticos han cultivado preferentemente la introspección y el conocimiento de sí mismos, no tanto porque no poseían las tecnologías adecuadas para otro modo de vida, sino porque sentían fuertemente el empuje hacia la interioridad”. Sin embargo, reconoce también que para poder llegar a una paz interior, en su plenitud, es necesario dejar de ejercer violencia tanto a la humanidad como a todos los ecosistemas de la Tierra, nada está aislado (Panikkar, 2006).

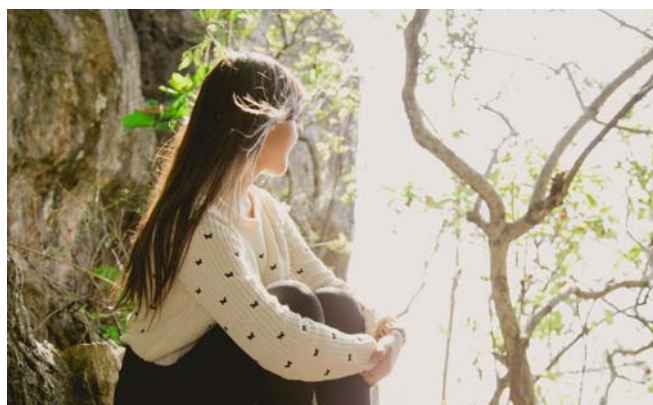
Factores que detonan en una calidad de vida interior

En primera instancia, vale la pena resaltar que así como las y los grandes artistas, escritores, cirujanos, etc. no logran ser brillantes por el sólo hecho de realizar algunos estudios, sino que obedece a una dedicación sistemática y amorosa a ello, lo mismo sucede con el trabajo interior. Requiere asignarle conscientemente tiempo para estar a solas, tiempo para la lectura de textos que acerquen a la sabiduría interna, a la práctica de la ética, de igual forma puede funcionar la práctica de actividades físicas relacionadas con el yoga, con la meditación o como muchos teóricos han considerado, también a través del arte, entre ellos, Abraham Maslow ha destacado su importancia: “...todo este sistema que estoy construyendo compone una amplia filosofía de vida, una filosofía del todo, de modo que también podría crearse un sistema filosófico o psicológico del arte del *Ser* para abarcar la poesía, la novela, el teatro y las artes verbales. Todas ellas poseerían las mismas metas, estrategias y tácticas —los mismos valores intrínsecos y la misma utilidad transpersonal— para la humanidad. Es decir, el arte en general puede verse como un campo que potencia el desarrollo personal y que ofrece un camino hacia la autorrealización y la plena humanidad” (Maslow, 2001).

De la misma forma que lo ha manifestado Maslow, varios investigadores que defienden la transdisciplina y fueron convocados por

la UNESCO en 1998, han mencionado la necesidad de incluir al arte, la poesía y a la espiritualidad como elementos importantes para el abordaje de diversos problemas que atañen al mundo, como lo es la ecología, la violencia, los derechos humanos, entre otros. La misma Carta de *Transdisciplinariedad*, en su Artículo 5 menciona: “La visión transdisciplinaria es decididamente abierta en la medida que ella trasciende el dominio de las ciencias exactas por su diálogo y su reconciliación, no solamente con las ciencias humanas sino también con el arte, la literatura, la poesía y la experiencia interior” (Anes, et. al., 1994).

Basarab Nicolescu refuerza lo anterior enfatizando el derecho del ser humano al autoconocimiento, a través de diversas vías: “Todo ser humano es libre de abrirse por su propia vía, o por su autotransformación liberadora, al autoconocimiento de su destino espiritual”. El derecho a este sentido debería estar inscrito entre los derechos del hombre (Nicolescu, 1994).



Como en muchos rubros de la vida, se carece de una receta única, cada persona responde diferente. Lo importante es estar consciente de su necesidad y empezar realizando pequeñas prácticas.

La filósofa estadounidense Martha Nussbaum, quien ha propuesto una lista de varias

capacidades que en conjunto favorecen a una calidad de vida digna, menciona: “... una de las tareas que corresponde a una sociedad que quiera promover las capacidades humanas más importantes es la de apoyar el desarrollo de las capacidades internas, ya sea a través de la educación, de los recursos necesarios para potenciar la salud física y emocional, del apoyo a la atención y el cariño de familiares de muchas otras medidas” (Nussbaum, 2012).

Como se puede observar, la propuesta de la autora apunta más hacia el fortalecimiento de las políticas públicas para la creación de las oportunidades o capacidades que permitan a las personas funcionar con una calidad de vida, que valga la pena ser vivida, y entre varios aspectos importantes, resalta al ocio y la libertad: “la protección de un tiempo de ocio para los trabajadores y, en especial para las trabajadoras, es un aspecto muy importante a la hora de crear una sociedad digna. La noción de *libertad de elección* está, pues, inscrita en el concepto mismo de capacidad. Promover capacidades es promover áreas de libertad” (Nussbaum, 2012).

Por lo anterior, en la Universidad Autónoma del Estado de México se ha creado dentro del Programa de No-violencia, un programa que opera de manera continua llamado de *Encuentro Interior*, el cual busca crear oportunidades para que la comunidad académica y administrativa de la UAEMéx, así como la sociedad civil puedan contar con diversas opciones para un acercamiento a su interioridad, el programa inició en febrero del 2011 y es complementario a todas las actividades que iniciaron en el 2004, cuando el Dr. Juan-María Parent funda el Programa de Estudio, Difusión y Divulgación de la No-violencia, como lo son conferencias, talleres, el boletín mensual *Ahimsa* y la consulta abierta de una biblioteca de más de 350 ejemplares relacionados con el tema.

A más de tres años de operación del Programa de Encuentro Interior como base para la No-violencia, el psicólogo Marco Antonio

Fuentes realizó una investigación enfocada a medir el impacto de la calidad de vida en personas que asistieron con regularidad al programa durante el periodo 2011-2014, los principales resultados que encontró fueron los siguientes impactos positivos:

- Mayor valoración personal.
- Su actitud hacia la ecología se fortaleció o se empezó a desarrollar.
- Vínculos externos más asertivos.
- Mayor madurez para manejar situaciones extremas o que en otras circunstancias podrían enfrentarla a sus límites.
- A mayor tiempo de asistir al programa, los beneficios percibidos eran más uniformes y notorios que en los asistentes de menor antigüedad (Fuentes, 2014).

Paralelamente, a través de los comentarios que las personas han manifestado de manera libre, se puede mencionar que: se alejaron o disminuyeron los cuadros depresivos o vacíos existenciales, existe mayor conciencia de la propia capacidad de gestión, mayor fortaleza para defender lo que ellas consideran justo, tanto para sí como para los otros, resaltando que parte de los propósitos del programa están relacionados con el ejercicio de la justicia, en tanto que no persigue que las personas se aíslen como ermitaños, por el contrario, que sean parte activa de la creación de una sociedad más equitativa y justa, por lo que se coincide con Panikkar en cuanto a que “Ninguna espiritualidad madura propugna la *fuga del mundo real*, y ningún sabio verdadero se encierra en su propio egoísmo o autosuficiencia”. El mismo Gandhi defendió en diversos escritos que la espiritualidad no debe alejar a la persona de su cotidianidad, porque de ser así pierde su sentido.

Reflexión final

Si bien las políticas públicas pueden hacer mucho para la creación de espacios que permitan a las personas reencontrarse consigo mismas, es recomendable también que cada persona defienda espacios y

tiempo para trabajar lo que Gandhi llama “los demonios internos”, los que finalmente son nuestros principales enemigos, y provocan que nuestro trato con los otros sea prepotente o de sumisión, en ninguno de los casos esas actitudes ayudan, ni a la institución, ni a la persona ni a la familia. Para poder dar un paso hacia adelante, es necesario un despertar de conciencia, en donde las personas no vean “natural” el daño, la injusticia, la mentira, la discriminación, el abuso, etc.

Una alternativa que integra varias de las propuestas revisadas es el *ahimsa*, “vocablo sánscrito, que transporta a un estilo de vida construido con la justicia, la verdad y el amor como sus pilares, en el cual cualquier desavenencia es tratada a través del diálogo en primera instancia...” (Vargas, 2013).

El *Ahimsa*, o la No-violencia propone un entrenamiento y un acompañamiento que ayuda a recuperar la autonomía, haciendo conciencia de una necesidad de cambio para generar un vida digna tanto para sí, como para aquellos que se encuentran en el entorno más cercano: familia, compañeros, usuarios. ♪





Referencias Bibliográficas

-Frankfurt, Harry. (2004). *Las razones del amor*. El sentido de nuestras vidas. Barcelona, Paidós.

-Fuentes, Marco. (2014). *Evaluación del Impacto de la Calidad de Vida en personas que asisten al Programa de Encuentro Interior*, Toluca, UAEMéx/Facico, tesis en borrador.

-Gandhi, Mohandas. (2007). *Mi fe en la verdad*, España, Sal Terrae.

-Gómez, Octavio; Gómez, Jesica; Inclán, Cristina. (2004). *La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud*, Revista Scielo, Salud Pública México, vol 46, num. 5, Cuernavaca. Consultada en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500006

-Nicolescu, Basarab. (1994). *Manifiesto de transdisciplinariedad*, en portal.iteso.mx/portal/.../97. Transdisciplina, Morin. pdf, consultada septiembre, 2014.

-Nussbaum, Martha C. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*, Barcelona, Paidós.

-Panikkar, Raimon. (2006). *Paz e Interculturalidad. Una reflexión filosófica*. Barcelona, Ed. Herder.

-UNESCO. (1998). *Transdisciplinarity Stimulating Synergies, Integrating Knowledge*, consultada en unesdoc.unesco.org/images/0011/.../114694eo.pdf, consultada en agosto 2014.

-UNESCO. (1998). *División of Philosophy and Ethics*, consultada en unesdoc.unesco.org/images/0011/.../114694eo.pdf, consultada en agosto 2014.

-Guerra, Rosario; Mendoza, Rubén. (2013a). *Ética, Derechos Humanos e Interculturalidad*. "Calidad de vida interior, una puerta hacia la interculturalidad" en, *¿Cómo vivir juntos? México*, Torres.

-Revista Vectores de investigación. (2013b). *Las tres esferas de la No-violencia*, CIECAL / Vol. 7 No. 7, pp. 119-136.

-(2014b). Encuentro interior, <http://www.noviencia-ahimsa.com/encuentro-interior/>, consultada septiembre.

Bioética, derechos humanos y grupos vulnerables: el niño, la mujer, la tercera edad y los pueblos indígenas

José María Alonso Aguerrebere
Catedrático de Bioética en la Universidad La Salle

Fecha de recepción: octubre 2014.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: El presente trabajo, sobre el artículo 8 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos del principio del respeto por la *vulnerabilidad humana* y la *integridad personal*, se centrará en cuatro grupos de personas: niños, mujeres, tercera edad y pueblos indígenas, a quienes el término *vulnerabilidad* es particularmente aplicable; consiste en una distinción del tratamiento médico, la investigación científica y la salud pública; se discute la vulnerabilidad en esos grupos de personas y de contextos; se antecede de un acercamiento histórico y filosófico al concepto mismo.

Palabras clave: Vulnerabilidad humana, autonomía y derechos humanos.

Introducción

Artículo 8 de la DUBDH, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005):

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.

Como texto de la Declaración, los términos son claros. Sin embargo, da la impresión que estos principios del respeto a la vulnerabilidad y a la integridad resultan tan evidentes que no necesitan de contenidos que los expliciten; pero éste no es el caso.

Para que estos principios se pongan en práctica necesitan abordarse desde tres perspectivas: (i) el grado del *concepto*, (ii) el reconocimiento y los *medios* de la protección

de individuos o grupos, y (iii) el respeto de la *integridad personal* en la aplicación y avances de los conocimientos científicos, de la práctica médica y de las tecnologías asociadas.

i)-Referente a la *vulnerabilidad humana* es reconocer que, debido a su misma existencia, cada ser humano puede ser vulnerable. Por consiguiente, sería apropiado definir ciertos criterios de vulnerabilidad, tales como “la imposibilidad - o incapacidad - para decir no”. Por lo que se observa, en primera instancia, la conexión que se establecen entre el consentimiento, la autonomía y la libertad, con la vulnerabilidad.

ii)-El “reconocimiento” del principio puede ser complicado en su uso práctico. Por su misma existencia el humano es vulnerable; vivir en una sociedad influida por la interdependencia entre distintas personas, ¿cuándo y bajo qué circunstancias debe la vulnerabilidad ser reconocida? La diferencia entre la vulnerabilidad de los distintos grupos según su condición -niños, nómadas y buscadores del asilo, analfabetos...- situaciones especiales -individuales-, tales como la enfermedad, demuestran claramente que las medidas de protección no pueden ser iguales para todos y en todos los casos.

iii)-El respeto de la integridad personal “al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas” se refiere igualmente a la protección necesaria de personas contra abusos que podrían ser víctima en nombre de los intereses de la sociedad, de centros de investigación, de farmacéuticas o laboratorios, por ejemplo. El respeto de la integridad personal y el uso del principio de vulnerabilidad deben ir de común acuerdo con los principios de la solidaridad, de la justicia y de la equidad, con el acceso al cuidado médico.

Algunos conceptos

La *autonomía* en el ser humano es un valor que es esencial para la bioética y sus

principios. Los individuos se comportan de una manera autónoma cuando son capaces de actuar con la autodeterminación. La investigación médica o la práctica médica no pueden ser concebidas sin la consideración de la autonomía del individuo.



Pero no todas las personas están en situación para manifestar esta autodeterminación. Éstas resultan particularmente *vulnerables* y necesitan protección especial. La sociedad tiene responsabilidades particulares hacia ellos. Necesitan ser protegidos contra todas las formas de explotación o de abuso; pero al mismo tiempo no deben ser excluidos de ventajas potenciales de la investigación.

El principio de la *integridad*, que va ligado al de *vulnerabilidad*, refiere al carácter inviolable del individuo, a su derecho “de no ser tocado” físicamente o psicológicamente. Este principio exige el reconocimiento que la persona es más que la suma de sus partes, las cuales son indisolubles. Excluir una de las dimensiones de la persona y desunirla de las otras, es distorsionar la esencia de la persona.

Hay que recalcar que *vulnerabilidad* no es del todo absoluta. Mientras que algunos grupos de personas pueden siempre ser considerados vulnerables debido a su estado (los niños), otros pueden ser simplemente vulnerables debido a una situación específica (enfermedad); las personas pueden ser

vulnerables en una situación dada (un migrante), pero no en otras (éste en su lugar habitual). Una persona que es obviamente *vulnerable* en un sentido común (persona perjudicada), no puede ser vulnerable como tema de la investigación y viceversa.



En el ámbito del análisis ético, el respeto por la *vulnerabilidad humana* y la *integridad personal*, requiere que lo tomemos en cuenta en la consideración de todas nuestras acciones, observemos una obligación (i) de no aprovecharse de las fragilidades de otra persona (acción negativa) y (ii) de no reforzar las ayudas sociales e institucionales contra ellas (acción afirmativa).

Marco general

Experimentación e investigación humana

El uso del principio de *vulnerabilidad* con respecto a la *experimentación humana* no hace de la autonomía algo secundaria, ni hace al consentimiento menos importante en las *personas* particularmente *vulnerables*.

Sin embargo hay necesidad de balancear entre la protección contra abuso en la *investigación* y el acceso a los *nuevos tratamientos* para las *personas* consideradas *vulnerables*.

El *ensayo* incluye pacientes voluntarios sanos, pero a su vez tiene que haber un equilibrio con

la inclusión de los miembros pertenecientes a *grupos vulnerables*, al mismo tiempo que se evita su explotación.

Otra situación que llega a presentarse es la exclusión general y sistemática de mujeres y de mujeres embarazadas en algunos ensayos. Esto conduce que éstas estén en una primera exposición a las sustancias nuevas, en una fase más posterior, bajo menos supervisión; lo mismo sucede con los niños en general.



Cuidado médico y políticas biomédicas de la investigación - salud pública (responsabilidad social)

La *vulnerabilidad*, intrínseca o inherente a cada del ser humano se puede agravar de manera sutil o no-deliberada en las políticas de la salud y de la investigación.

El uso del principio de *vulnerabilidad* en el ámbito de las políticas del cuidado médico y de la investigación requiere que las instituciones y el Estado estén atentos a que los avances biomédicos favorezcan o refuercen el poder de los *grupos vulnerables*, pues aquéllos no siempre disminuyen o suprimen la *vulnerabilidad*, pues contrariamente, pueden crearla o agravarla. Por lo que tiene que estar establecido cómo los recursos del cuidado de la salud serán asignados, y cuáles son los criterios para la distribución de ventajas sociales.

Acercamiento histórico y filosófico

El concepto de vulnerabilidad en bioética

Vulnerabilidad es una noción común a la lengua diaria, sin embargo, adquirió recientemente un significado moral. Su importancia fue dada a conocer primero en el dominio bioético, particularmente en el contexto de la regulación ético-legal de la investigación biomédica. Solamente más adelante el concepto ganó importancia, adquirió un significado más amplio y más profundo, que se explorará, recuperando la reflexión filosófica anterior en el concepto. Este significado más amplio también será integrado en el dominio bioético. Por lo que se abordan los dos caminos.

El concepto de *vulnerabilidad* aparece en el campo de la investigación biomédica con los temas humanos en 1978, en el *Informe de Belmont: principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos en la investigación*. También se encuentra más adelante en la revisión 1996 de la *Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica que implica sujetos humanos*; en la primera *Declaración de la UNESCO a Propósito de la Biomedicina, la Declaración Universal del Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)* y en las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica con Sujetos Humanos. El Consejo para las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)*, especialmente en su tercera y la más completa versión (2002).

Vulnerabilidad entonces se usa invariablemente con una función adjetival, calificativa, como una característica, particular, solamente para algunas personas y grupos; y en relación, las personas expresan una fragilidad que debe ser superada, que se logra con autonomía.

En 1998, la *Declaración de Barcelona, Los Principios Éticos Básicos en Bioética y Biología* presentaron *vulnerabilidad* con

dos significados diversos: al que nos hemos referido y otro más amplio, propuesto en el pensamiento filosófico europeo. La noción de la *vulnerabilidad* ganó un nuevo y más amplio significado, como condición universal a todos los seres humanos, valiéndose de la reflexión dedicada a ella por los filósofos como E. Lévinas y H. Jonas. *Vulnerabilidad* entonces se presenta como sustantivo, como lo intrínseco de la realidad a ser vivo, universal, para todos los seres y absoluto, todos los seres son *vulnerables*; necesario la *vulnerabilidad* es una condición común a todos los seres, permanente, la fragilidad no es eliminable, que, por lo tanto, refiere al principio de la dignidad, y del amplio uso al dominio entero de la actividad humana.

El actual concepto de *vulnerabilidad* contiene los dos significados referidos anteriormente, en el ámbito de la bioética.

El principio de vulnerabilidad en la, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) 2005

El principio de respeto de la *vulnerabilidad humana y la integridad personal* fue incluido en la Declaración, de acuerdo a una propuesta de la Delegación Portuguesa durante la Segunda Reunión Intergubernamental de los Expertos, concluyendo un bosquejo de Declaración de Normas Universales en la Bioética, en junio de 2005. Este principio nunca había aparecido en los bosquejos anteriores de la Declaración, ni durante la primera reunión intergubernamental.

Dos razones principales eran decisivas para esta oferta. La primera consideró el carácter casi exhaustivo de la sección en "Principios". Considerando que *vulnerabilidad* y también *integridad* había sido presentada como principios bioéticos en 1997 en la *Declaración de Barcelona*, y que la sección en los "Principios" de la DUBDH, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)*, resultaba desarrollada y exhaustiva, pero al no considerar de estos dos principios, se

podría interpretarse como rechazo intencional.

La segunda y más importante razón se relacionó con el de alto nivel de la especificación del principio de *Consentimiento*. De hecho, este principio llegaba a ser más extenso y detallado durante la reunión intergubernamental de expertos, incluso apareciendo en dos artículos “consentimiento” y “personas sin capacidad de consentir”; por lo que era necesario clarificar la *vulnerabilidad* humana, como moralmente significativa.



Ese era el caso; el propósito original de la propuesta de este principio era reconocer el carácter indeleble de la *vulnerabilidad*, la imposibilidad de suprimirlo totalmente, así indicando la obligación de respetarla, es decir, de tomarla en consideración en los diversos ámbitos de la acción humana desde el punto de vista bioético. *Vulnerabilidad*, entonces, sería incluida en su sentido más amplio, como sustantivo.

El trabajo con las delegaciones de los diversos países durante la reunión intergubernamental, para encontrar una formulación consensual de este principio, reveló la existencia de dos perspectivas diversas. Una primera propuesta, sobre todo para los países desarrollados, no reconoció el significado de *vulnerabilidad* como la condición humana, e inmediatamente asumió el término como adjetivo, como clasificación de personas y de grupos. Por lo tanto, la necesidad de este nuevo

principio no fue reconocida, porque reiteró solamente los principios del consentimiento; aunque esos países no se opusieron a su inclusión. Una segunda perspectiva, defendida sobre todo por los países en vías de desarrollo (latinoamericanos), reconoció inmediatamente la imposibilidad de la supresión absoluta de la *vulnerabilidad* humana con esos significados, clásico puesto en ejecución por la bioética, *vulnerabilidad* asumida como condición humana indeleble. Por lo tanto, dieron la bienvenida a la introducción de este nuevo principio como indispensable para el respecto de la dignidad de una persona.

La búsqueda para el consenso condujo a la inclusión del sentido restringido de *vulnerabilidad* junto con su sentido más amplio, de modo que la declaración del principio, mientras que era aprobada, refleja la articulación de estas dos perspectivas. Así: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la *vulnerabilidad* humana”, refiere *vulnerabilidad* como condición humana, extensa a todos los seres humanos, que corroboran la opinión de los países en vías de desarrollo; mientras que los “individuos y grupos especialmente *vulnerables* deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”; la refiere como cualidad de algunas personas, restringiendo solamente a éstos la obligación del respeto por la “integridad personal”, que reitera la interpretación de los países desarrollados.

“Vulnerabilidad” en las Convenciones y Declaraciones de la UNESCO

Los instrumentos jurídicos de la UNESCO, reflejan la misma evolución del significado del concepto de *vulnerabilidad* en el contexto social y ético. Así, en sus *Convenciones y Declaraciones*, vemos que el término primero aparece de vez en cuando y en su conceptualización diaria en la *Convención para*

la Protección de la Característica Cultural en caso de Conflicto Armado, con las regulaciones para la ejecución de la convención, 1954, (mencionando puntos vulnerables, por ejemplo, un aeródromo y una emisora), y en la convención sobre la protección del *Patrimonio Cultural Subacuático*, 2001 (que menciona la *vulnerabilidad* del patrimonio cultural subacuático y del ambiente natural circundante), que puede ser afectada negativamente; *vulnerable* es, en muchos casos, amenazado en su estabilidad y la permanencia de la realidad tal como es.

El concepto adquiere solamente un significado ético en la *Declaración de Principios de Tolerancia* (1995), los grupos “vulnerables”, exigiendo la atención particular a estos grupos; en la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos* (1997), los artículos 17 y 24 refieren la *vulnerabilidad* de los individuos, las familias y los grupos de la población, pide respeto exigente y solidaridad hacia ellos; en la *Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos* (2003), precisa las “vulnerabilidades” de países en vías de desarrollo y demanda la cooperación internacional. *Vulnerabilidad* se utiliza siempre como adjetivo que refuerza al ser humano, clasificando los individuos y a grupos identificados como particularmente expuestos a ser afectados negativamente.

El tercer momento en el desarrollo del significado de *vulnerabilidad* viene con la DUBDH, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005) donde, como se ha visto, la vulnerabilidad se introduce con un significado doble: el de una característica y el de una condición.

Vulnerabilidad en cuatro categorías de personas que requieren protección especial: el niño, la mujer, la tercera edad y los pueblos indígenas

La vulnerabilidad se estudia y analiza a partir de cuatro grupos, que a continuación se nombran y se explicitan.

Los derechos del niño y la bioética

La infancia y sus derechos revisten especial importancia para la bioética en cuanto aquél es un colectivo a tener en especial consideración y protección, dado su proceso de desarrollo y maduración, en cualquier decisión del ámbito sanitario en el que estén involucrados y en las decisiones y prácticas en investigaciones médicas y científicas.

El primer documento internacional que tomó en cuenta los derechos del niño fue la *Declaración de Ginebra*, 1924. En 1953 se creó el *fondo de las Naciones Unidas para la Infancia* UNICEF, así mismo en 1959 se aprobó la *Declaración Universal de Derechos del Niño*.

Estos son los cimientos de la *Convención sobre los Derechos del Niño* de 1989 que supera la visión tutelada de los derechos del niño, dando paso a una concepción más integral, orientada al niño como un sujeto activo. Y también en el artículo 6 del *Convenio de Oviedo* de 1997 sobre protección de las personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento, estipula que: “La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”, agregando que la “persona afectada [no competente] deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización”; fue una norma que influyó en la DUBDH de 2005, que en su art. 7, respecto a las personas carentes de capacidad de dar su consentimiento, declara que más allá de la autorización necesaria para proteger a estas personas en relación con una investigación o práctica médica, éstas deberían “estar asociadas en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación”.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 12, estipula que el niño tiene derecho a expresar su opinión en todos los

asuntos que le afecten, teniendo en cuenta edad y madurez, y a ser escuchado en procedimientos judiciales o administrativos (en el ámbito sanitario) y fija el principio del “interés superior del niño” (art. 3), como preocupación por los más vulnerables.

Dos ámbitos de riesgo a destacar de los derechos de los niños en los cuales los profesionales de la salud pueden servir de garantes, uno general, el maltrato infantil y una forma específica de éste, la explotación sexual comercial infantil.



La mujer, derechos humanos y bioética

La igualdad de derechos de hombres y mujeres ha sido una de las bases programáticas de las Naciones Unidas desde su Carta fundacional, 1948, un objetivo reafirmado en su Preámbulo y en uno de los propósitos (art. 1) no hacer distinción por motivos de sexo, entre otros. En 1946 se creó la *Comisión sobre la Condición Social y Jurídica de la Mujer*, dependiente del *Consejo Económico y Social*, y de su trabajo resultó la *Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer* de 1952 (el derecho a elegir y a ser elegidas). Luego, también en 1952, la *Convención sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada*, y, en 1962, la *Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio*.

En la década de 1960 los profundos cambios sociales y económicos impulsaron la aprobación de la *Declaración sobre la*

Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1967. En la *Conferencia de Teherán*, 1968, sobre Derechos de la Mujer se fijó un programa de acción que destacó temas de derechos reproductivos, acceso a la educación y formación necesaria para la participación social y política. Es sobre la base de esta *Declaración y el Plan de Acción Mundial* (Conferencia Mundial de México, 1975) que se elaboró por la *Comisión de la ONU*, ya mencionada, el documento vinculante sobre este asunto: *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 1979, la cual reconoce explícitamente que las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones.

Así se han desarrollado *Conferencias Mundiales sobre la Mujer* donde se han especificado los derechos humanos desde la perspectiva del género: *México (1975)*, *Copenhague (1980)*, *Nairobi (1985)*, *El Cairo (1994)*, *Beijing (1995)*, y la del 2000 que fue clara en su diagnóstico. En las últimas décadas ha habido cambios institucionales y legislativos importantes, pero escasa aplicación en la práctica social.

Una activista, como Vandana Shiva nos ha ensañado, sin embargo, el importantísimo papel que juegan las mujeres en los países pobres, en su desarrollo y economía, en la productividad y en la agricultura, como también en las reivindicaciones de los derechos humanos básicos (alimentación). En esta línea resulta interesante el conjunto de ensayos reunidos en J. M. Tortosa, “*Pobreza y perspectiva de género*”, Icaria, Barcelona, 2001, en los cuales se recalca la necesidad de afrontar el análisis de la pobreza en relación al género, para orientar las políticas sociales al reforzamiento de su papel en la sociedad, para enfrentar con efectividad la erradicación de esta condición que aqueja a más de la mitad de la población mundial.

Mujeres con potencial de maternidad e investigación bioética

Las mujeres con potencial de la maternidad no deben ser excluidas automáticamente de la investigación biomédica. Muchos proyectos de investigación todavía excluyen a mujeres de la participación dando por resultado el hecho de que no hay bastante información sobre la seguridad y la eficacia de nuevas terapias o medicaciones de mujeres. Esta situación conduce a una privación potencial de la medicación y terapias para todas las mujeres y las excluye así de las ventajas de la investigación. Además se opone al derecho de la determinación de uno mismo.



Por otra parte, resulta necesario que las mujeres con potencial de la maternidad tienen que ser informadas sobre los peligros y los riesgos para ellas y para el feto en caso de que resulten embarazadas durante su participación de la investigación. Por lo que las pruebas del embarazo se deben proporcionar por los patrocinadores del ensayo clínico. Las medidas que se tomen en orden de evitar un embarazo (métodos anticonceptivos) tienen que ser discutidas antes de la inclusión, si se comienza un proyecto de investigación. Si el acceso a los métodos anticonceptivos no se considera, los investigadores no deben

incluir a las mujeres que pudieran quedar embarazadas en proyectos de investigación con riesgos previsible a un posible feto.

En algunas partes del mundo las mujeres son especialmente *vulnerables* debido a su condicionamiento social (pobreza, alimentación, desempleo, falta de autodeterminación) y a una adicional carencia de educación. En tales áreas se deben tomar medidas para proporcionar la información necesaria en una lengua comprensible para las mujeres, así como el cuidado adecuado al procedimiento informado del consentimiento para la inclusión de la investigación.

Además, hay situaciones y enfermedades que afectan solamente a mujeres embarazadas (malaria en embarazo, preclampsia, *diabetes mellitus* gestacional) y se puede estudiar solamente en este tipo de población, para obtener un mejor conocimiento y desarrollar las terapias adecuadas; por lo que deben tomarse medidas para incluir a mujeres embarazadas en la investigación biomédica, bajo requisito que esta investigación es relevante para este tipo de población. A los investigadores y los comités éticos de la investigación les corresponden asegurarse de que se informen adecuadamente a las mujeres embarazadas sobre los riesgos y las ventajas para ellas durante su embarazo y al feto. Debe considerarse la condición de la mujer en las sociedades donde se le da más importancia a la vida del feto que la salud de la mujer, para tomarlo en cuenta cuando participan en la investigación.

Los derechos de la tercera edad

El envejecimiento de la población mundial es un proceso demográfico muy acelerado en las últimas cuatro décadas. La previsión es que al 2047 las personas de la tercera edad (mayores de 60) superarán a la población joven (menor de 15). En los próximos 50 años se va casi a cuadruplicar el número de mayores de 60 años, pasando de 600 millones a casi 2000 millones. Hoy representan 10% de la

población, para 2050 representarán 20% de la población y para el 2150, 33% (*Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2007*). Esta es una tendencia que afecta tanto a los países desarrollados como a los países en vías de desarrollo, donde han comenzado a descender las tasas de natalidad, uno de los principales factores de incremento de personas en envejecimiento.



El envejecimiento de la población tiene evidentes repercusiones sociales, económicas y políticas, y, en el ámbito de la salud, es hoy un tema central de preocupación. Es el mismo desarrollo de la medicina el que ha posibilitado el aumento de las expectativas de vida y hay que considerar que dentro del grupo etario de los mayores son los con más edad (mayores de 80) los que crecen más rápidamente.

Este acelerado proceso determinó el nacimiento de la geriatría en Gran Bretaña en 1946. La preocupación internacional por este fenómeno social tiene sus primeras manifestaciones en el Informe sobre *Organización y Planificación de Servicios Geriátricos de la OMS* de 1974. Aunque ya la *ONU* viene preocupándose de este tema desde 1969, año en el que se decide organizar una *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. En 1982 se celebra por primera vez esta *Asamblea en Viena*, concentrándose en la mejora de calidad

de vida de las personas mayores por la vía de las pensiones y la asistencia sanitaria. Decisivo fue, dentro del *Plan de Acción sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas, la Declaración de Principios a favor de las personas de edad (Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1991)*. En ella se fijaron cinco principios básicos orientativos para la legislación de los países:

1. Independencia: acceder a alimentación, agua, vivienda, vestido, atención sanitaria y social adecuadas, mediante ingresos suficientes y apoyo a las familias; trabajar hasta que decidan o se vean forzados a jubilarse; participar en esta última decisión; acceder a programas educativos y de formación; vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias; permanecer en su domicilio habitual tanto tiempo como les sea posible.
2. Participación: mantenerse integrados en la sociedad; participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que les incumben; compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones siguientes; buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad; formar parte de asociaciones de personas mayores.
3. Cuidados: disfrutar de los cuidados y la protección de sus familias y de la comunidad; acceder a los servicios de atención de salud con el fin de mantener y recuperar su bienestar, así como prevenir la aparición de procesos de enfermedad, pérdidas y limitaciones propias del envejecimiento; acceder a servicios sociales y jurídicos que aseguren su autonomía y protección; acceder a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro; disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales en los hogares o residencias donde se les brinden cuidados y tratamientos.
4. Autorrealización: poder aprovechar

las oportunidades para desarrollar su potencial; tener acceso a los recursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad.

5. Dignidad: poder vivir con dignidad y seguridad; verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales; recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones; han de ser valorados independientemente de su contribución económica.



Los derechos de los Pueblos Indígenas y la investigación participativa

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó en 1957 la Convención sobre la Protección e Integración de los Pueblos Indígenas y Tribales o Semi-Tribales en los Países Independientes, y en 1991 la Convención respecto de los Derechos de los Pueblos Indígenas; y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007.

Por Pueblos Indígenas o Tribales se entiende: pueblos tribales en países independientes cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distinguen de otros sectores de la comunidad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por regulaciones o leyes especiales; los pueblos en países independientes, considerados indígenas por

el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o una región geográfica a la que pertenece el país, en el momento de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, con independencia de su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas (La Convención sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT de 1991).

Por su parte la *Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* de 2007 subraya la idea de respetar y promover sus tradiciones y cultura y los derechos a sus tierras (comprende territorios y recursos), colocándolo así como un principio central de los derechos de estos pueblos. Destaca que las culturas y las prácticas tradicionales indígenas contribuyen al desarrollo sostenible del medio ambiente. En el artículo 3 establece el derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas.



Por otro lado, surgen complejidades vinculadas a las relaciones entre los individuos y la comunidad. La doctrina tradicional de los derechos humanos dice que los derechos colectivos no pueden sobreponerse a los derechos individuales, pero sí a la inversa. Sin duda el art. 6.3 de la DUBDH, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005) mantuvo este principio respecto a las investigaciones llevadas a cabo en comunidades: El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían

sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona. Pero no se niega el derecho colectivo, esto es, el derecho a que la comunidad se exprese, pudiendo agregar su consenso o acuerdo a los consentimientos individuales. Se estructura así como un mecanismo de reforzamiento de los derechos individuales de autonomía, en la medida que cada persona perteneciente a un grupo (pueblo indígena) queda protegida no sólo en sus derechos sino además protegida por los intereses colectivos que son defendidos por sus representantes, garantizándose así tanto su integridad e identidad individual como su identidad e integridad colectiva.

Sensible a este tema la OMS emitió en el 2003 un Informe sobre Planificación y gestión y preparación de acuerdos de investigación en poblaciones indígenas para dar lugar a investigaciones sanitarias participativas. Indica este Informe las razones del mismo: La necesidad de establecer acuerdos de investigación viene motivada por ciertos problemas encontrados en las investigaciones que, a juicio de muchos indígenas, están directamente relacionados con su situación cultural y política y que las directrices científicas o éticas no abordan con suficiente detalle. Según la experiencia de las poblaciones indígenas, los mecanismos relativos a la producción, el acopio, la titularidad de datos y el uso compartido de conocimientos e información a menudo dejan mucho que desear, y escasean los casos en que una investigación les aporte algún beneficio. No es pues de extrañar que a menudo los indígenas sean reacios a participar en investigaciones que no comprendan un proceso significativo de consultas o hagan caso omiso de sus propias formas de entender la salud. El Informe hace valiosas recomendaciones prácticas para lograr lo que llama “investigaciones participativas”, entendidas como aquellas en las que se asegura un equilibrio entre los intereses, beneficios y responsabilidades de las Poblaciones Indígenas y el Centro de Investigación interesados y que se

basa en asociaciones de investigación de carácter equitativo, lo que implica dos principios centrales que el mismo Informe desarrolla y que están destacados en incisos separados del mismo art. 21 de la DUBDH: (i) las investigaciones transnacionales deben responder a las necesidades de las comunidades donde se realizan y que contribuyan a paliar problemas urgentes de salud mundial; (ii) en un acuerdo de investigación se deben establecer las condiciones de colaboración y los beneficios de la investigación con participación equitativa de las partes.

Esta preocupación por los colectivos vulnerables, tales como las comunidades indígenas, se encuentra en la DUBDH, tanto en los grandes principios como en los principios operativos. El primero de ellos aparece en el art. 6.3, que establece el mecanismo reforzado de consentimiento expreso en las investigaciones científicas en comunidades o grupos, garantizando la protección individual de cada uno de los participantes, considerado requisito ineludible que no puede reemplazarse por el consenso comunitario, operando éste sólo como garantía anexa orientada a proteger los intereses comunes del grupo. Luego, está el art. 21 sobre prácticas transnacionales, relacionado también con los principios de solidaridad y cooperación y aprovechamiento compartido de los beneficios de las investigaciones. Éste regula las actividades de investigaciones financiadas o llevadas a cabo en países distintos del patrocinante, lo que la Declaración llama “Estados anfitriones” y tiene por finalidad proteger a las poblaciones indígenas aisladas, que por su valor genético, son grupos codiciados para la investigación del genoma humano. En estos casos, dice el art. 21: la actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicado la fuente de financiación.

Por otra parte, el principio de respeto a la

diversidad cultural tendría una clara aplicación en aquellos países que cuentan con medicinas ancestrales propias de las poblaciones indígenas. Algunas Constituciones de países con este tipo de población, como la de Venezuela y Ecuador, cuentan con norma

expresa que regula estas situaciones con el fin de garantizar el respeto y la promoción de la medicina tradicional de estos pueblos, aunque tal reconocimiento se avala con la supervisión estatal, que fija los principios de bioética a respetar. ☸



Referencias Bibliográficas

-UNESCO. International Bioethics Committee (IBC). (2009) *Working Document on the Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity*.

-Lecaros, Juan Alberto. Unidad 5- Material Anexo. *Derechos humanos y colectivos vulnerables: protección del niño, la mujer, la tercera edad y minorías. Módulo 5- Derechos humanos y bioética*. Máster en bioética 8ª Edición, Barcelona.

-Unidad 6- *Los derechos humanos de tercera generación: el derecho al desarrollo y la responsabilidad para con las generaciones futuras y el medio ambiente*. Módulo 5- Derechos humanos y bioética. Máster en bioética 8ª Edición, Barcelona.

De la Ciencia a la Conciencia



El envejecimiento en el hogar y las tecnologías de la información y la comunicación

José Rodríguez Carrasco

Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General de Naucalpan "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"

Marcela Casillas Escalona

Terapeuta ocupacional , conferencista y asesora

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: Cada persona envejeciente es distinta; la gerontología es una ciencia que se nutre de diferentes especialidades y que dentro de sus recursos emplea distintas herramientas al servicio de los adultos mayores. El conflicto parece radicar en que en ocasiones no se conoce dónde recibir asistencia, ni las formas en que se pueden emplear. Ingresar al adulto mayor a un asilo o residencia gerontológica debe ser considerada la última alternativa, sólo cuando los servicios comunitarios resultan insuficientes. ¿Qué pasaría si acercamos la tecnología a los adultos mayores de modo tal que se reduzca su dependencia a terceros y se promueva la autogestión de necesidades, dentro de un medio ambiente que resulte intuitivo, amigable y seguro? esa resulta la pregunta central a resolver en los años venideros, donde debemos desvanecer las diferencias entre distintos grupos etarios y destinar los recursos tecnológicos al fenómeno del envejecimiento poblacional.

Palabras clave: Envejecimiento, Vejez y Tecnología.

Cada persona envejeciente es distinta.

Si todos compartimos estructuras orgánicas similares, procesos biológicos análogos ¿Qué es lo que diferencia a un sujeto de otro durante el ciclo de vida que promueve esa variabilidad interindividual?

Si bien es sabido que la vejez ha existido siempre, en épocas anteriores era menos común y se experimentaba por grupos

minoritarios. En la actualidad, es más factible que este fenómeno se observe, como parte de un fenómeno de progresiva relevancia a través del siglo XX y agudizado en el XXI: el envejecimiento poblacional, reto que sugiere generar atención y propuestas de múltiples especialidades, situación anteriormente inédita. En este contexto es donde surge la gerontología, como una respuesta para abordar las demandas que habrán de manifestarse.

Cuando hablamos de gerontología hacemos referencia a la ciencia multi, inter y transdisciplinaria que tiene por objeto de estudio tanto el proceso de envejecimiento como el estado de vejez (con sus características específicas) y los rasgos distintivos de la persona vieja, considerándolas desde la perspectiva de los conocimientos biológicos (cambios que con el paso del tiempo se generan en los sistemas del organismo), psicológicos (modificaciones presentes en las áreas cognitiva y afectiva) y sociales (referente a las manifestaciones y adecuaciones que se generan en los roles que la persona ejerce en su entorno). Podemos decir, entonces, que la Gerontología es una especialidad que se nutre de diferentes áreas, tanto en la teoría como en la práctica, algunas de ellas ya reconocidas y otras que se incorporan debido al desarrollo científico.

La longevidad representa un reto al manifestar exigencias que engloban la atención de los padecimientos crónicos y crónico-degenerativos y las necesidades de participación social en este grupo. Así, el objetivo del personal de atención gerontogeriátrica, se insiste, será que la esperanza de vida marche junto a una mayor esperanza de salud, es decir, de calidad de vida.

Como meta última a la que van dirigidas las acciones gerontológicas implementadas, debe considerarse la inclusión de un apartado que aborde el concepto de envejecimiento exitoso. Conforme la persona envejece, se vuelve cada vez más necesario contar con ayuda que facilite la satisfacción de, por un lado, las necesidades elementales para sobrevivir y, por el otro, los placeres que promueven la salud mental. Es entonces cuando la sociedad en sus diferentes niveles (familia, comunidad e instituciones privadas y gobierno) juegan un papel fundamental para garantizar la integración, participación, funcionalidad y autonomía como parte de los derechos de los adultos mayores y como obligación de las personas y organizaciones que los rodean.



Distintas herramientas son empleadas al servicio de los ancianos. El conflicto parece radicar en que en ocasiones (particularmente cuando se presenta una necesidad de pronta atención) no se conoce dónde recibir asistencia ni las formas en que se puede emplear. En la Ciudad de México se concentra el 10% de la población con más de 60 años de edad, de todo el país, lo cual evidencia carencias en aspectos como: atención médica oportuna, sustento económico, servicios sociales y tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos, del mismo modo aquellos sociales como el abandono, la marginación y el rechazo.

Las estructuras familiares actuales conducen al aislamiento de los miembros de más edad. El hecho de vivir en domicilios diferentes y, frecuentemente, distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a sus padres, junto con otros factores, han llevado a pensar que la única opción de las personas, cuando sobreviene la vejez, es valerse por sí mismas y si ella está asociada a enfermedad o discapacidad, es ingresar en un establecimiento de larga estancia para que sea cuidado en este último período de su vida.

Ingresar al adulto mayor a un asilo o residencia gerontológica debe ser considerada la

última alternativa, sólo cuando los servicios comunitarios resultan insuficientes como, por ejemplo, cuando se presentan estados demenciales o dependencia significativa para la satisfacción de las actividades de la vida diaria.



Presentar propuestas con un impacto real en la vida de los mayores, en cómo ellos y ellas quieren vivir y con quién quieren vivir, no obstante tengan limitaciones físicas o mentales permitirá liberar a la familia de cierto grado de tensión y por consiguiente disminuir el riesgo de connotaciones negativas en la interacción.

Las ventajas de envejecer en casa sobre la institucionalización pueden radicar en lo conocido del entorno, en donde se dispone de elementos familiares y cotidianos que promueven el sentido de pertenencia (fotos, objetos, muebles, etc.), donde existe un arraigo y vínculos afectivos hacia las personas importantes del momento actual y/o pasado. Es el hogar, entonces, el espacio que alberga recuerdos significativos. Es imperante facilitar que esto ocurra, cubriendo las variables consideradas necesidades, facilitando que las actividades de la vida diaria se realicen satisfactoriamente, donde los recursos

económicos cubran las necesidades, se emplee el tiempo de modo que el individuo promueva su bienestar afectivo, interactúe con otros individuos (de distintos grupos de edad) y que se procure la seguridad en un entorno acogedor y conocido, generando en la familia la tranquilidad derivada de saber que su adulto mayor se encuentra en condiciones favorables de salud y donde personal apto se mantenga pendiente.

A partir de la idea anterior, se desarrollan estrategias de intervención que facilitan el envejecimiento en el domicilio y, en el caso de las instituciones, entregan herramientas para mejorar la calidad de la atención propiciando en ambos casos una modificación estructural del sistema de atención y trabajo que se ha utilizado hasta hoy.

¿Qué pasaría si acercamos la tecnología a los adultos mayores de modo tal que se reduzca la dependencia a terceros y se promueva la autogestión de necesidades, dentro de un medio ambiente que resulte intuitivo, amigable y seguro?

Ésta resulta la pregunta central a resolver en los años venideros, donde debemos desvanecer las diferencias entre distintos grupos etarios y destinar los recursos tecnológicos al fenómeno del envejecimiento poblacional. Aunque las personas mayores, por lo general, no suelen usar las nuevas tecnologías, sobre todo las de soporte informático y telemático, no lo hacen porque desconocen e ignoran las potencialidades que para ellos pueden tener. Pese a este desconocimiento, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación gozan de buena opinión entre ellas y se muestran predispuestas a intervenir en procesos de formación de su uso y utilidad, aunque existen estudios que comprueban que aquellos que envejecen en residencias, asilos y albergues se muestran más reacios a ello que los que envejecen en casa. De este modo, parece viable e interesante ofrecer a los mayores la oportunidad de mostrarles las posibilidades

de las mismas para la mejora de la calidad de sus vidas, como formas de atender a sus necesidades y enfrentarse a situaciones de aislamiento, dificultad de desplazamiento o de interacción y comunicación.

Los nuevos planteamientos en gerontología implican brindar las herramientas necesarias para que los que viven la vejez plena y saludable puedan prolongar esta característica tanto como sea posible y, para quien cursa por alguna patología que merme la independencia, reciba un conglomerado de respuestas de atención a sus requerimientos.

Debemos paliar las debilidades y afrontar las amenazas usando las fortalezas y aprovechando las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y la

comunicación (TIC), y las medidas de mejora deben ser puestas en marcha por parte de los agentes directos o indirectos relacionados con la introducción de las aplicaciones TIC en torno a la población adulta mayor y su entorno más próximo: familia, amigos, cuidadores, personal sanitario, gobiernos y administraciones.

A modo de conclusión, el personal y la familia deberán comprometerse de modo que proporcionen alternativas adecuadas al adulto; deberá favorecerse el contexto empático y realizar una valoración que promueva siempre que la persona permanezca en su domicilio y comunidad el mayor tiempo posible cuando esto garantice su calidad de vida.☞

Referencias Bibliográficas

- Lozano Cardoso, Arturo. (2008). *Introducción a la gerontología*. México. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un082f.pdf>
- Rocabruno Mederos, Juan Carlos y Osvaldo Prieto Ramos. (1992). *Gerontología y Geriatría Clínica*. Ciencias Médicas, La Habana, Cuba, p. 1.
- Rodríguez, García Rosalía. et. al. (1999). *El lugar ideal: ¿En casa o institución?*. pp. 290-293 En Rodríguez García Rosalía, et. al. (Editores). Geriatría. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Lapuyade, Roberto. (2010). *Geronto-arquitectura*. Buenos Aires, Argentina. <http://viviendaterceraedad.blogspot.com/2010/11/geronto-arquitectura.html>



El cambio representa progreso

Víctor Manuel Muñoz Rebollo

Director General de Desarrollo
Humano y Organizacional

Fecha de recepción: octubre 2014.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: El cambio organizacional se define como la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes transformaciones que sufra el medio ambiente interno o externo, mediante el aprendizaje. Dicho proceso de adaptación trae consigo diferentes reacciones en los integrantes de los equipos de trabajo.

Existen paradigmas que bloquean el éxito del cambio y por el contrario generan incertidumbre, inseguridades y baja autoestima. Los principales paradigmas son: no quiero, no puedo y no conozco.

Durante un proceso de cambio el individuo se enfrenta constantemente a dos tipos de elecciones:

- a. Elecciones directas: Tomas la decisión, te arriesgas y actúas.
- b. Elecciones indirectas: En vez de arriesgarte y usar tu libertad, decides que los demás elijan por ti.

Ser negativo ante el cambio a nivel organizacional representa un estancamiento para la organización, pero el impacto más fuerte es en el individuo, ya que te sentirás que los demás han cambiado. Si bien una parte esencial para el éxito del cambio es mantener una actitud positiva no lo es todo, también es necesario saber cómo hacerlo.

Date cuenta de lo que te hace falta para abordar el proceso de cambio, si es una cuestión de actitud, entonces deberás romper con los paradigmas negativos y sí es un tema de aptitud entonces deberás capacitarte para desarrollar las habilidades necesarias. Si te encuentras en una posición donde quieres y puedes entonces estás listo para enfrentar el cambio.

Palabras clave: Percepción, proactiva, actitud, aptitud, habilidad, cambio organizacional y paradigma.

“En este mundo de cambios, nada de lo que llega se queda y nada de lo que se va se pierde”

Llega un día en que las cosas ya no se pueden hacer de la misma manera en que estamos acostumbrados, así como las estaciones cambian, los seres humanos evolucionamos, la tecnología avanza y los procesos cambian.

El Cambio Organizacional se define como: **la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes transformaciones que sufra el medio ambiente interno o externo, mediante el aprendizaje.**

Dicho proceso de adaptación trae consigo diferentes reacciones en los integrantes de los equipos de trabajo, unos pueden sentirse muy entusiasmados con la idea de cambiar y adaptarse fácilmente pero otros podrían sentirse amenazados por el cambio y tratar de boicotarlo.

Enfrentando los miedos



Existen **paradigmas que bloquean el éxito del cambio** y por el contrario generan incertidumbre, inseguridades y baja autoestima.

Muchos se preguntarán ¿Qué va a pasar conmigo? ¿Qué va a pasar con mi trabajo? ¿No está bien la forma en que hago las cosas? la tendencia de las personas es percibir consecuencias negativas y rechazar el cambio,

esto sucede porque la primera impresión en el individuo es que él será cambiado junto con el proceso.

Los principales paradigmas son: **No quiero** (me gustan las cosas tal y como están), **no puedo** (no seré capaz de hacerlo diferente) y **no conozco** (no sé cómo hacerlo de manera diferente).

Lo primero que habrá que hacer es aceptar y reconocer el cambio, asimilar **que las cosas no van a seguir siendo lo mismo, pero eso no significa que vaya a ser para mal.**

Cuando se atraviesa por un cambio es natural sentirse incómodo, rechazarlo, dejarse invadir por el miedo, imaginarse las peores situaciones, pero estar preocupado interfiere con tu productividad además de que solo te mantendrá dando vueltas sobre la misma incertidumbre.

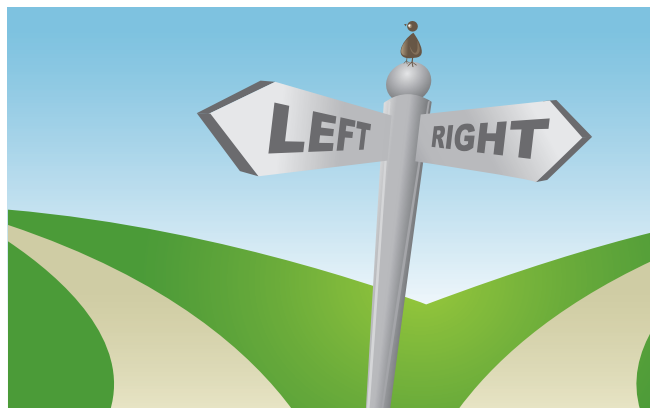
Cambiando el paradigma

Nosotros tenemos el poder de adaptarnos a distintos cambios. Por lo que al principio puede ser difícil pero con el transcurso del tiempo y la perseverancia que debemos tener llegaremos a la adaptación y aceptación. De tal manera que lo que antes nos parecía difícil ahora es una actividad del día a día. Para poder pensar de manera positiva solo recuerda tu experiencia pasada, cuando te enfrentaste a otro cambio y cómo resultó todo.

Sé flexible y acepta nuevos retos que se dan mientras te encuentras en una etapa de cambio. Mantente con la mente positiva y aprovecha las oportunidades que se te presentan como nuevos retos y sobrepasa las expectativas.

Elecciones en el proceso de cambio

Durante un proceso de cambio el individuo se enfrenta constantemente a dos tipos de elecciones:



a. Elecciones directas: Tomas la decisión, te arriesgas y actúas, eligiendo la mejor opción que tienes en este momento. Te responsabilizas de los resultados que obtienes y te conviertes en una persona autosuficiente e independiente.

Cuando eliges gozas de tu propia libertad y te responsabilizas de los efectos de tus acciones. Te sientes valioso, capaz, te atreves a hacer las cosas de manera diferente a fin de obtener mejores resultados.

b. Elecciones indirectas: En vez de arriesgarte y usar tu libertad, decides que los demás elijan por ti. Siempre tendrás que elegir, por lo que también puedes elegir no hacerlo. Cuando no eliges permites que alguien elija por ti.

Estando en dicha situación es aún más probable que el paradigma de que el cambio es negativo esté instalado en el individuo, no se compromete con él, por lo tanto no le importa tomar ningún tipo de decisión respecto al cambio y solo se deja llevar por la corriente.

Consecuencias negativas de no cambiar

Habrán personas que prefieran optar por mantener una actitud negativa frente al cambio, hablando mal de él, tratando de influenciar a los demás para boicotearlo, creyendo que lo mejor es regresar a la forma original en que se hacían las cosas, otros simplemente ignorarán el proceso.

Ser negativo ante el cambio a nivel organizacional **representa un estancamiento** y pérdida en el negocio o en la institución, pero **el impacto más fuerte es en el individuo**. Te sentirás frustrado al ver que los demás han cambiado y han obtenido resultados positivos mientras tú sigues instalado en el miedo y **perderás oportunidades de desarrollo** personal y profesional.

Asimilando el cambio positivamente

Lo mejor que puedes hacer por tu organización y por ti es **mantener una actitud positiva ante el cambio**, ya que trae mucho más beneficios unirse al cambio que evitarlo.



Asumir una **actitud responsable, entusiasta y proactiva** te convierte en una fuerza impulsora para el cambio organizacional, te mantendrá optimista, te darás cuenta que hay mucho que puedes aportar al proceso, tus conocimientos y experiencia serán tu mejor aliado, tendrás oportunidad de desarrollar nuevas habilidades y tener un crecimiento personal, aprenderás nuevas formas de hacer las cosas, te plantearás nuevos retos y alcanzarás nuevas metas.

Las personas que impulsan el proceso con su actitud contagian a los demás generando así una inercia positiva en todo el proyecto **contribuyendo al éxito** de la implementación del cambio.

Prepárate para el cambio



Si bien una parte esencial para el éxito del cambio es mantener una actitud positiva no lo es todo, también es necesario **saber cómo hacerlo**.

Atravesar un proceso de cambio no es cosa fácil y no se da de la noche a la mañana, para saber cómo llevar a cabo el cambio deberás:

-**Preguntar** cómo el cambio afectará tus operaciones cotidianas.

-**Aportar** información para la solución.

-Averiguar cuáles nuevas **aptitudes y habilidades necesitas desarrollar** para desempeñarte con eficacia una vez que el cambio se haya implementado.

-**Evaluar** tus puntos fuertes y débiles.

-**Identificar** la capacitación que estará disponible para cubrir las brechas en aptitudes y habilidades.

-Identificar la **fase del proceso** en la que te encuentras.

-Mantener una **comunicación** abierta, directa y transparente.

La relación entre la actitud que tomes frente al cambio con la aptitud que tengas para ejecutarlo es sumamente estrecha por lo que se pueden identificar cuatro grupos:



a. Apóstoles

Son los individuos que saben muchísimo, están en una posición desde donde pueden empujar y además quieren formar parte activa de ese cambio.

b. Rehenes

Son aquellos que no tienen conocimientos o no pueden promover el cambio (o ambas) pero sí quieren. Pueden ser rehenes de ellos mismos (sus capacidades los limitan) o del resto (su posición en la organización los limita). Si son capaces de vencer las resistencias pueden convertirse de rehén a apóstol.

c. Mercenarios

Son individuos que saben y pueden pero no están muy motivados que digamos (no quieren). Si se consigue motivarlos hacia el cambio serán apóstoles. No es necesario que un mercenario se convierta en apóstol para llevar a cabo un cambio. Es suficiente con darles lo que buscan cuando se les necesite ya que sus aptitudes para el cambio (recuerda que saben y pueden) son aprovechables.

d. Terroristas

Como en la vida real, un terrorista es alguien que no sirve y que es una amenaza para el cambio que se quiere implementar. Ni sabe, ni puede, ni quiere ni falta que le hace. Es una persona que está negada al cambio y no le interesa.

Identificar en qué grupo estás te permitirá darte cuenta de lo que te hace falta para

abordar el proceso de cambio, si es una cuestión de **actitud**, entonces deberás romper con los paradigmas negativos y si es un tema de **aptitud** entonces deberás capacitarte para desarrollar las habilidades necesarias.

Si te encuentras en una **posición donde quieres y puedes entonces estás listo** para enfrentar el cambio y tu deber será ayudar a tus compañeros a entender que el cambio es una oportunidad de progreso. ☺

“Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación, nos encontramos ante el desafío de cambiarnos a nosotros mismos”

Victor Frankl



Referencias Bibliográficas

- Rafael Guizar Montúfar. (2013). *Desarrollo Organizacional, principios y aplicaciones*, 4ª edición México DF. Editorial: McGraw Hill.

-Spencer Johnson, M.D. (1998). *¿Quién se ha robado mi queso?*, 33ª edición, México DF. Editorial: Empresa Activa.

Perspectivas médicas y reporte de casos



Discapacidad motora por VIH, un problema epidemiológico

Patricia Socorro Pérez Amaya

Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca

Yanelli Castañeda Espinosa

Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: Entrevista con paciente masculino de 43 años de edad, el cual nota que su inclinación sexual es hacia el sexo masculino, que lo llevó al deseo de *tener la imagen de una mujer*, por ello, durante 11 años tomó y se inyectó hormonas, además de inyecciones de biopolímero en glúteos, sin asesoría médica en ningún momento, lo suspendió hasta lograr fenotipo femenino, “lo hice porque me sentía incómodo con mi cuerpo”. Vivió por 3 años con una pareja misma que no le informó ser VIH positivo. En 2008 le informan seropositividad a VIH, personal de salud no le aclara su estado de portador, no lo orienta sobre los cuidados específicos y medicación, solo le indican acudir cuando presente síntomas. Tres años después muere su pareja descuida su alimentación, bebe alcohol y tuvo nuevas relaciones sexuales, sin ninguna medida de precaución y sin comentarles ser portador de VIH. Refiere ser estilista y actualmente desempleado, con discapacidad motora permanente secundaria a hemiparesia fasciocorporal izquierda como secuela de toxoplasmosis.

Palabras clave: discapacidad, VIH, epidemiológico.

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 43 años, de profesión estilista fenotípicamente femenino, con discapacidad motora permanente secundaria a hemiparesia fasciocorporal izquierda como secuela de toxoplasmosis, infección oportunista por VIH.

Presentación de los hechos

Fuente: Entrevista con el paciente

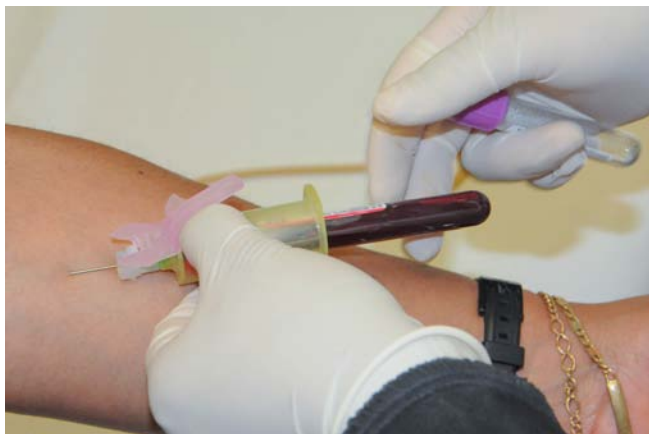
A la edad de 13 años nota que su inclinación sexual era hacia el sexo masculino, que lo llevó al deseo de *tener la imagen de una mujer*, sin someterse a procedimientos quirúrgicos para reasignación de sexo, sin asesoría médica,

únicamente bajo la orientación de sus amigos que tenían inclinaciones sexuales similares. Durante 11 años tomó y se inyectó hormonas; en los primeros tres años se auto prescribió dos pastillas cada 8 horas, los siguientes ocho años optó por la progesterona, -una ampollita mensual-, con lo cual obtuvo mayores resultados. Experimentando cambios en caracteres sexuales secundarios, además tendía a estar irritable y sensible. El auto tratamiento, que incluyó aplicación de inyecciones de biopolímero en glúteos, lo suspendió al quedar satisfecho con los cambios corporales, que lo llevan a experimentar una mejor vida social.

Menciona: “Lo hice porque me sentía incómodo con mi cuerpo y me llamaba la atención cómo se veían las artistas”, admite que su familia ignoró toda esa medicación.

Con independencia económica por su trabajo, conoció a una pareja con la cual vivió por 3 años, sin embargo, en 2008 acudió a realizarse los análisis de VIH y resultó seropositivo.

“Mi pareja sabía que lo tenía, pero nunca me comentó nada. Yo me enteré por amistades de él, por lo cual me fui a hacer las pruebas”, expresaba, al referir que trató de sobrellevar dicha situación para no quedarse solo.



Al notificarle de su resultado al personal de salud de clínica de su colonia, le aclararon que no se preocupara por su estado de portador, y sin orientación de cuidados específicos y/o medicación, sólo le indicaron acudir si presenta síntomas.

“Conocía que de esa enfermedad uno se podía morir, pero no sabía los riesgos, ni sabía qué tenía que hacer para que no avanzara más. La doctora me dijo que sí tenía este problema, pero que no me preocupara, me dijo que era portador”, apunta.

Tras conocer el resultado, descuidó su estado nutricional, así como las horas de descanso, combinado con el consumo de alcohol. Así pasaron tres años donde no regresó a recibir atención médica, ni medicamento alguno.

En ese periodo de tiempo vio morir a su pareja y tuvo nuevas relaciones sexuales sin ninguna medida de protección y sin comentarles ser portador de VIH. “En la clínica veía a las personas y luego en los antros, y no dician nada (de estar infectados), es feo, da risa, pero qué mala onda que nosotros no nos cuidamos”, refiere.

“Un día salí al baño y cuando regresé ya no pude caminar, se me fue la fuerza de las piernas, caí, quise levantarme pero no pude, también se me fue la voz, me arrastré a la cama y como pude me subí”, recuerda. Por este motivo fue tratado en consulta externa de la clínica especializada en VIH, con estudios de imagen y laboratorio refiriendo la presencia de toxoplasma; por lo que inició tratamiento antiretroviral mantenido hasta el momento, sin referencia a ninguna otra especialidad.

Actualmente vive con su madre y un sobrino. Hace un año acude a medicina de rehabilitación por recomendación de un familiar con discapacidad, logrando mayor funcionalidad de hemicuerpo izquierdo, así como del lenguaje, con actividades de autocuidado, lo que ha redundado en

una mejor calidad de vida, pero sin lograr reincorporarse a sus actividades laborales como estilista ya que continúa con limitación funcional en mano izquierda, como parte del proceso de atención se incluyó la valoración, apoyo psicológico y de habilidades para el trabajo.

A pesar del giro radical que ha experimentado su vida, aclara que tiene proyectos: “Mientras yo pueda moverme voy a intentarlo, por eso hice el esfuerzo, siempre he tenido problemas y he salido adelante, y gracias a eso estoy en busca de un trabajo que me permita sostenerme o a la mejor una micro empresa que pueda supervisar”, puntualizó.

Finalizó mencionando: “Uno corre con suerte, pero sí existen riesgos, lo mejor es pedir un consejo adecuado antes de auto medicarse, además me hubiera gustado una información completa sobre los riesgos de ser portador de VIH en forma oportuna, ya que de saberlo no me hubiera descuidado”. Y a la fecha no le molesta que le hablen por su nombre en masculino.

Aspecto Socio-familiar

La deficiente comunicación con la familia aumenta la desorientación de las personas con problemas de identidad sexual, llevándolos al aislamiento por este sentimiento de rechazo social, no tienen acceso a una asesoría médica y practican automedicación peligrosa.



Conclusiones y recomendaciones

Ante la confirmación de la portación de VIH el médico tiene la gran responsabilidad de informar al paciente acerca de su estado de salud, así como la serie de cuidados que debe observar para con él mismo y con sus parejas sexuales; comprometiéndolo a informar sobre su calidad de portador de VIH, dándole el derecho acerca de tener o no una practica sexual peligrosa. Lo anterior como medida para evitar no sólo un problema de salud pública, si no la afección particular, lo cual tiene repercusiones psicológicas-económicas que por ende trasciende a la sociedad, por contagio exponencial ilimitado.

El paciente recomienda “valentía para defender las inclinaciones sexuales, pero buscando la adecuada asesoría psicológica y médica”.

El personal de salud tiene la obligación moral, ética y legal de orientar al paciente y dar el seguimiento epidemiológico como lo marca la normatividad.☺

Quejas odontológicas en el Valle de Toluca ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Alejandra Lizbeth Velasco García

Jefa del Departamento de Información en Salud de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del Instituto de Salud del Estado de México

Beatriz Elina Martínez-Carrillo

Profesor de tiempo completo, Responsable del Laboratorio de Investigación en Nutrición, Facultad de Medicina, UAEMéx.

Arturo García Rillo

Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, Líder del Cuerpo Académico de Humanidades Médicas

Resumen: Con el propósito de analizar las quejas odontológicas realizadas en el valle de Toluca ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo durante el periodo 2007-2012 utilizando estadística descriptiva. De las 60 quejas incluidas, corresponde al grupo de edad de 21-40 años, del género femenino. El 88.3% de los prestadores de la atención fueron odontólogos generales. El motivo de queja corresponde a procedimientos odontológicos generales (58%), ortodoncia (13.3%) y prótesis (13.3%). El 55% de los casos fue conciliado. Se identificaron 4 casos de mala práctica y 3 con deficiencia en la atención odontológica. Se concluye que las quejas derivan principalmente de la práctica privada y la resolución del conflicto a nivel de conciliación refleja la importancia del diálogo y el consentimiento válidamente informado.

Palabras clave: queja odontológica, bioética odontológica, arbitraje médico, ética en odontología y legislación en odontología.

Introducción

La restauración de una pieza dental que se desaloja, una prótesis que se rompe, una endodoncia fallida, una infección posquirúrgica, son eventos adversos que se presentan durante la práctica odontológica en forma cotidiana y que en la actualidad propician procesos legales (Palma Calero, 2007). Pero también implica el derecho que posee el paciente a ser plenamente informado de manera que la información posibilite garantizar un servicio profesional de calidad contribuyendo al bienestar y seguridad del paciente como un objetivo fundamental de la atención a la salud proporcionada al paciente. Así, el diálogo y el consentimiento válidamente informado se han constituido en la piedra angular de la relación odontólogo-paciente y se han reconocido como los mecanismos para prevenir la queja odontológica en las instancias correspondientes, ya sean de tipo administrativo, civil o penal. En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la instancia que coadyuva a resolver los conflictos derivados de la atención odontológica y que surgen entre el odontólogo y el paciente (Triana Estrada, 2007).

Comprender la queja odontológica que se realiza en las Comisiones de Conciliación y Arbitraje Médico es un aspecto fundamental para orientar los procesos de seguridad del paciente estomatológico que se traducen en proporcionar una atención de calidad con calidez; por lo que la relación odontólogo-paciente permite hacer partícipe al paciente en el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, de manera que es preciso conocer la evolución de la queja odontológica a través del tiempo (Aranguren Ibarra, 2104).

Por lo tanto, situar la queja odontológica en el ámbito de la bioética, requiere abrir un horizonte para comprender el universo ético de la práctica odontológica lo que generará modificaciones en el imaginario colectivo relacionado con la interacción entre paciente y odontólogo y el uso de la tecnología para

atender el problema de salud, lo cual, a su vez, abre un camino para comprender de manera diferente el valor atribuido al “ser sano”, “estar sano” o “detentar salud”. Un valor que surge del acompañamiento durante el proceso de enfermar y en el que la relación odontólogo-paciente se caracteriza por el diálogo, la deliberación y la toma de decisiones, abriendo con ello el camino para comprender la dialéctica que subyace en la queja médica (Rillo AG, 2013).



En este escenario, la existencia de regulaciones para la práctica odontológica fomenta una odontología económicamente accesible, técnicamente correcta, socialmente justa y legalmente inatacable (Palma Calero, 2007).

Sin embargo, se ha reportado que las quejas odontológicas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se ha incrementado en México debido a los riesgos que se presentan durante la práctica odontológica y que implican responsabilidad profesional asociados a procedimientos anestésicos, colocación de prótesis dentales, objetos colocados temporal o permanentemente en la cavidad bucal, daños ocasionados a diferentes estructuras de la cavidad bucal, contagio de infecciones, costos de la atención estomatológica. (Briseño Cerda, 2006; Espinosa Carbajal, 2000)

Al enfrentar a estos riesgos asociados a la práctica profesional del odontólogo, se configuró la seguridad del paciente odontológico como un área transversal en la atención odontológica que procura evitar los accidentes, errores o complicaciones asociados al diagnóstico o tratamiento del paciente (Perea Pérez, 2011); de manera que la cultura que promueve la seguridad del paciente odontológico deriva de la queja ante las instancias que regulan la atención a la salud. Aun cuando existe información que muestran la situación de las quejas odontológicas en México, y ante la necesidad de dar sentido a la calidad de la atención odontológica a través de implementar procesos que sustenten la seguridad del paciente en el Estado de México, no existe información accesible que posibilite comprender el fenómeno de la queja odontológica pues se desconoce cuál es la admisión, seguimiento y conclusión de los asuntos ingresados y de las quejas derivadas de la prestación de servicios odontológicos en la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM), lo que ocasiona el desconocimiento para identificar áreas de oportunidad para mejorar la calidad de la atención odontológica del paciente.

En este sentido, el estudio se realizó con el propósito de analizar las quejas odontológicas realizadas en el Valle de Toluca ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (CCAMEM).

Método

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo en el que se revisó el expediente de los casos presentados ante la CCAMEM correspondientes al valle de Toluca. Se incluyeron 60 expedientes de quejas odontológicas realizadas durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2012. Identificados los expedientes que cumplían con los requerimientos legales para constituirse en una reclamación derivada de la atención odontológica y que fueron ingresadas en la CCAMEM como queja odontológica, fueron revisados obteniendo la información solicitada en la cédula de recolección de datos que incluía la siguiente información: edad, género, residencia, prestador del servicio, motivo de la queja, conclusión de la queja. El análisis de resultados se concretó al uso de estadística descriptiva procesada con el paquete estadístico SPSS v.20.

Resultados y discusión

Durante el periodo comprendido entre 2007 y 2012 se registraron 957 quejas en todas las especialidades, de las cuales 185 (19.33%) correspondieron a quejas en el área de odontología. De las quejas odontológicas, en el estudio se incluyeron solamente 60 quejas de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión o eliminación, representando el 32.43%.

La distribución de las quejas odontológicas incluidas en el estudio de acuerdo al grupo de edad y se puede observar que de las 60 quejas, 45% corresponde al grupo de edad de 21-40 años. Destaca que la proporción de quejas en los extremos de la vida (infancia y tercera edad) no supera el 10% del total de quejas. Estos resultados concuerdan con lo reportado en un estudio realizado entre 2001 y 2002. (González Barrón et al, 2004) Sin embargo, no se han realizado estudios que destaquen la relación entre la edad y la queja odontológica, aunque se puede explorar la reflexión en el sentido de que la queja odontológica es promovida por la insatisfacción de la

población económicamente activa del Valle de Toluca, pudiendo estar relacionada con el nivel de ingreso así como con el nivel de información y conocimiento de sus derechos como pacientes que procuran su salud bucal y por ende su tratamiento y rehabilitación.

El 76.7% de la quejas odontológicas corresponde al género femenino y el 23.3% al masculino; lo que corresponde a una relación de 3 quejas puestas por mujeres por cada una de las quejas provenientes de hombres. Estos resultados concuerdan por lo señalado por González Barrón et. al. (2004). Al igual que con la edad, no se ha explorado la relación entre el género y la queja odontológica, aunque puede seguirse una línea de investigación en relación a la importancia que la mujer le da a su salud y por ello acude a solicitar los servicios odontológicos con más frecuencia.

El 51.7% de los pacientes que interpusieron una queja odontológica en el CCAMEM residían en el municipio de Toluca. En tanto que 45% fueron atendidos en el municipio de Toluca, 28.3% en otros municipios correspondientes al valle de Toluca y 26.7% fueron atendidos en el municipio de Metepec.

El 76.7% de los pacientes no contaron con un representante legal para realizar la queja odontológica ante la CCAMEM y únicamente 23.3% de ellos tuvieron este beneficio.

El 70% de los prestadores de servicio que fueron instaurados a queja, son egresados de la Universidad Autónoma del Estado de México, 13.3% de la Universidad Nacional Autónoma de México y en un 16.7% de otra institución. Estos resultados muestran solamente la distribución geográfica del campo laboral de las universidades públicas principalmente, pues se ha mostrado que la procedencia universitaria de los profesionales de la salud odontológica no posee relación con el tipo de práctica que se realiza (López Cámara, Núñez Martínez y Severino Mendoza, 2011). Con respecto al área de especialidad de los médicos odontólogos, el

88.3% son odontólogos generales, 10% tienen especialidad en ortodoncia y 1.7% cuentan con alguna otra especialidad.

El 90.7% de los odontólogos involucrados en la queja de los pacientes, otorgan atención privada y el 8.3% prestan sus servicios de atención odontológica en instituciones públicas. Se observó que 9 de cada 10 pacientes de los servicios odontológicos acuden a su atención con odontólogos privados, sin embargo también se puede considerar que la resolución de la problemática que se presenta en las instituciones de salud son resueltas en ese mismo ámbito de competencia. En varios estudios se ha señalado que la mayor proporción de quejas odontológicas se presentan en instituciones de salud de carácter privado (González Barrón et. al. 2004; Espinosa Carbajal, 2000).

La forma de recepción de la queja más común es la comparecencia en 98.3%. El motivo inicial más frecuente es el tratamiento odontológico con 86.7%. El 58.4% de los tratamientos odontológicos corresponde a procedimientos de odontología general. Estos resultados difieren con lo reportado tanto por González Barrón et. al. (2004) y Espinosa Carbajal (2000).

En este estudio la mayor proporción de los tratamientos odontológicos que motivaron la queja es atribuido a procedimientos que se practican en la atención odontológica general. González Barrón (2004) señala entre los tres motivos principales los siguientes: procedimientos de ortodoncia en un 25.6%, prótesis en un 24.4% y endodoncia en un 13.3%. Espinosa Carbajal (2000) encontró lo siguiente: prótesis fijas y móviles en un 43.5%; ortodoncia en 22.4% y cirugía en 9.5% de las quejas.

El 100% de las quejas admitidas se concluyeron. El 71.6% de las quejas odontológicas se resuelven en un periodo de 1 a 120 días, y solamente 8.4% supera los 221 días. Estos re-

sultados concuerdan con lo reportado tanto por González Barrón (2004) y Espinosa Carbajal (2000).

Dentro de las modalidades de conclusión de las quejas ingresadas a la CCAMEM, 55% fueron conciliadas, 18% no se conciliaron y 16.7% tuvieron otro curso, (remitidas en forma a otras instancias de procuración de justicia así como las no especificadas). Cabe señalar que en el presente estudio las quejas tienen una resolución significativa, toda vez la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su *Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial* establece que “las quejas admitidas en la Dirección General de Orientación y Gestión no resueltas por gestión inmediata, serán remitidas en un plazo no mayor de cinco días hábiles, a partir de su calificación, a la Dirección General de Conciliación, con la documentación de soporte.” (CONAMED, 2006) Situación que aplica también para las quejas odontológicas, destacando en este estudio que el 5% del total del ingreso de quejas se resolvieron por gestión inmediata, dando a esta modalidad la calidad conciliatoria no así las asesorías personales, asesorías telefónicas y asesorías electrónicas que si bien acompañan al quejoso no establecen los requisitos de queja. Estos resultados concuerdan con lo reportado tanto por González Barrón (2004) y Espinosa Carbajal (2000).

Se identificaron cuatro casos de mala práctica y 3 con deficiencia en la atención odontológica. A partir de la conclusión de los casos, 78.3% de los casos no solicitaron alguna pretensión (económica, reparativa etc.), y 21.7% si la requirieron. En 20% de los casos (12 casos), fue necesario solicitar opinión técnica médica para la resolución de los mismos; de éstos 41.7% se dictaminó como buena práctica, 33.3% como mala práctica y 25% de los casos con deficiencia en la atención odontológica, entendiéndose como valoración inadecuada estomatológica integral. En este contexto, las controversias que se derivan de las

quejas odontológicas incluyen las siguientes:

- La falta de comunicación entre el odontólogo y el paciente explica que 25% de los usuarios contaron con un representante legal. Considerando la presencia de un padre o tutor en los casos de menores de edad, y la presencia de un abogado, así mismo el profesional de estomatología no se explica con términos accesibles para el paciente, no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado).

- Lo observado en este estudio muestra que 88% de los odontólogos ejercen la odontología general y 20% cuentan con alguna especialización, situación que ocasiona el pronunciamiento de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia sus pacientes, uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

- Durante la revisión de expedientes un punto de vital importancia fueron los anexos contenidos en la comparecencia, observándose la existencia de varias anomalías en el cumplimiento de las obligaciones por parte de los odontólogos; ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado, carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, estudios de gabinete, referencia de interconsulta), inadecuado manejo farmacológico así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento, insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos, tratamientos prolongados y costosos ocasionan que en el presente estudio el usuario de los servicios odontológicos (78.3%) considere entre la conciliación pretensiones derivadas en la reparación del daño relacionada con la

devolución del pago al prestador de servicios.

Ninguna de las quejas admitidas se remitió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, estableciendo que la CCAMEM resuelve en forma inmediata y pronta la admisión de las mismas en su jurisdicción.

Conclusión

El presente estudio ha permitido dar a conocer cuáles son las principales variables contenidas en las controversias encontradas en la atención odontológica como modalidad de quejas ante la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México CCAMEM, Valle de Toluca como instancia conciliadora ya sea en la práctica pública institucional o privada en el periodo enero 2007-diciembre 2012, así como su frecuencia. Destacando que el mayor número de quejas se interponen en contra de odontólogos de práctica privada en relación a la práctica pública, considerando lo anterior en que la resolución de los conflictos o irregularidades derivadas del desempeño del profesional de salud bucal en una Institución de Salud se resuelven dentro de la misma a través de sus órganos de control y bajo lineamientos propios. De acuerdo a la clasificación de las

quejas odontológicas en base al curso que siguen y a las modalidades de conclusión, se detectó una disminución en la calidad de los servicios odontológicos y pérdida de confianza por parte de los usuarios a este servicio así como la mayoría de los problemas identificados en el ámbito de la relación odontólogo y paciente se deriva de la falta de información y fallas en la comunicación.

Los resultados muestran que las quejas derivan principalmente de la práctica privada. La resolución del conflicto se da a nivel de conciliación lo que refleja la importancia del diálogo y el consentimiento válidamente informado en la prevención de la queja odontológica, además de la necesidad de fortalecer la cultura de la seguridad del paciente a nivel privado ampliándola a la participación activa del paciente en el cuidado de la salud estomatológica. Destaca que de las quejas interpuestas en la CCAMEM como Órgano Colegiado perteneciente a la Secretaría de Salud estatal, ninguna se remitió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como Instancia Federal, estableciendo la eficiencia de la CCAMEM para resolver en forma inmediata y pronta las controversias generadas en la prestación de los servicios odontológicos en su jurisdicción.



A partir del análisis de las quejas odontológicas en la CCAMEM, Valle de Toluca y conociendo los datos sociodemográficos del paciente y del prestador de la atención odontológica involucrados en la queja se deberán elaborar recomendaciones para mejorar la práctica de la odontología, acordes con la legislación de nuestro país y dar a conocer la responsabilidad que se genera al no aplicar conceptos éticos y legales en el ejercicio profesional, difundiendo a todo el gremio odontológico las regulaciones de la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, Guías de Práctica Clínica y todos aquellos lineamientos que deban aplicarse.

Esto implica diseñar estrategias que mejoren la calidad de la práctica odontológica, tanto de los profesionales como de las escuelas formadoras de nuevos recursos humanos, que involucren la ética y bioética, bioseguridad así como todas las aportaciones que deriven de los órganos colegiados, academias y asociaciones odontológicas. Además, orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación odontológica integral a través de información escrita y la inherente

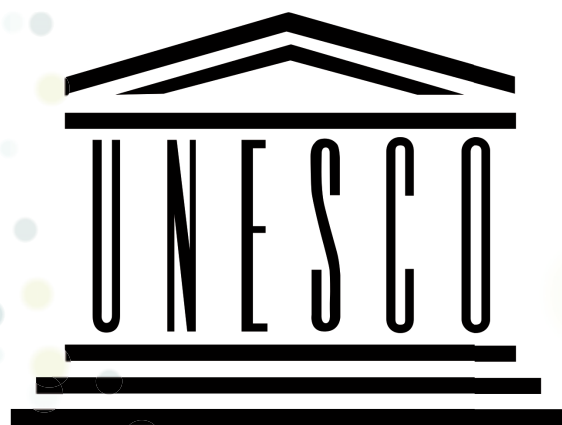
optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del odontólogo con cursos que se otorguen por la CCAMEM.

Finalmente es un imperativo para promover la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención odontológica, visualizar una nueva línea de investigación que profundice el estudio de las quejas odontológicas identificando tendencias históricas de manera que se genere información sistemáticamente para ser interpretada en un horizonte de comprensión delimitado, por lo consiguiente hablaremos del universo bioético de la práctica odontológica: la vida y salud del paciente; la autonomía en términos del derecho a la información y la libertad para decidir; la responsabilidad profesional que implica ofrecer al paciente las mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas que estén disponibles para ambos; y el desarrollo de una práctica profesional que posibilite la participación del paciente para realizar una atención odontológica integral que permita fortalecer el proceso, mediante el cual llegará a tomar decisiones que afectarán el curso de la enfermedad (Rillo, 2013). ☞

Referencias Bibliográficas

- Aranguren Ibarra, Z. M. (2014). *Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética*. *Acta Odontológica Venezolana*, Vol. 52, No. 1, Consultado el 2 de octubre de 2014, disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art4.asp>.
- Briseño Cerda, J. M. (2006). *La responsabilidad profesional en odontología*. *Revista ADM*, Vol. 43, No. 2, 111-118 pp.
- CONAMED. (2006). *Reformas al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. *Diario Oficial de la Federación*, México, 25 de julio de 2006, Segunda Sección, 1-5 pp.
- Espinosa Carbajal, A. (2000). *Análisis de expedientes de queja del área de odontología*. *Revista CONAMED*, Vol. 6, No. 17, 5-7 pp.
- González Barrón, S., A. E. Rivera Cisneros, C. Tena Tamayo, J. M. Sánchez González, G. R. Manuell Lee, J. Triana Estrada, M. E. Jiménez Corona, J. L. Ureña Ciret, J. García Hernández y J. D. Carrillo Rocha. (2004). *Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica*. *Revista ADM*, Vol. 61, No. 3, 109-116 pp.
- López Cámara, V., J. M. Núñez Martínez y M. Severino Mendoza. (2011). *La práctica privada de odontólogos ubicados en las zonas aledañas a las clínicas de la UAM-X*. *Revista ADM*, Vol. 68, No. 3, 123-126 pp.
- Palma Calero, J. M. (2007). *Implicaciones éticas y jurídicas de la práctica odontológica*. *Revista Odontológica Mexicana*, Vol. 2, No. 11, p. 62.
- Perea Pérez, B. (2011). *Seguridad del paciente y odontología*. *Científica Dental*. Vol. 8, No. 1, 9-15 pp.
- Rillo, A. G. (2013). *Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología*. *Revista Humanidades Médicas*, Vol. 13, No. 2, 393-411 pp.
- Triana Estrada, J. (2007). *Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED*. *Revista Odontológica Mexicana*, Vol. 11, No. 2, 103-108 pp.

Fuente informativa en bioética



Derechos humanos, acceso a la salud y la reforma constitucional de junio de 2011

Miguel Ángel Cruz Muciño

Director de la Unidad Jurídica y Consultiva de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: El acceso a la salud, es reconocido como un derecho humano universal por instrumentos internacionales, así como por nuestra Norma Fundante Básica, vinculado con el ejercicio de otros derechos, que debe ser garantizado por el Estado a través de los mecanismos, planes y programas elaborados para tal efecto. Por lo anterior, reviste de gran importancia la Reforma Constitucional en materia de derechos humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, en virtud de sus alcances respecto a la interpretación de los instrumentos internacionales y el principio *pro personae*, que otorga en todo momento la protección más amplia a las personas.

Palabras clave: Derechos humanos; derecho a la salud; acceso a la salud; reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011; normativa en materia de protección a la salud.

1. Los derechos humanos

1.1. Antecedentes

Para hablar de derechos humanos resulta importante referir que su reconocimiento es el resultado de grandes conflictos que propiciaron la suscripción de documentos universales, para defender la dignidad del ser humano como son: la Declaración de Derechos

inglesa de 1689, que surge de la inspiración del pueblo a la democracia, consagrando libertades públicas de los súbditos del reino y estableciendo los primeros derechos de las personas; la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, que define los derechos *naturales e imprescriptibles* como la libertad, la propiedad, la seguridad, la resistencia a la opresión, reconociendo la igualdad de todos

los ciudadanos ante la ley y la justicia; y, por último la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que refiere que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, para promover el respeto a los derechos y libertades universales, naciendo todos los seres humanos libres e iguales en dignidad y derechos.

1.2. Definición

Es importante referir que si bien, no existe una definición concluida sobre derechos humanos, podemos aproximarnos a un concepto de los mismos, entendiéndolos como: *las facultades, prerrogativas y libertades que les asisten a todas las personas por igual, para vivir con dignidad*. De lo anterior, se desprende que esos derechos les corresponden a todas las personas, por el simple hecho de existir y que tienen como finalidad proteger una de las principales cualidades del ser humano, es decir, la dignidad.

1.3. Fundamentos

Sobre los fundamentos de los derechos humanos existen varias opiniones, dentro de las que destacan aquellas que refiere que su origen deviene de la naturaleza humana, o bien se sostiene que puede ser la ética, la norma jurídica o las necesidades del ser humano; por ello sólo haremos referencia a las corrientes que han sido más aceptadas por la doctrina.

La iusnaturalista, que hace alusión a la corriente del pensamiento filosófico que considera a estos derechos como inherentes a las personas, siendo un derecho natural; y la iuspositivista, sustentada en que los derechos humanos son otorgados por el Estado, mediante su incorporación en las leyes.

En nuestro país su fundamentación podría considerarse mixta, pues de las recientes reformas constitucionales en la materia, se advierte que el origen de los derechos humanos no es la voluntad del legislador. No

obstante, su reconocimiento se limita a los establecidos en el orden jurídico.

Así, los derechos fundamentales han evolucionado hasta nuestros días, contemplándose en artículos diversos de nuestra Norma Fundante Básica, que en junio de 2011 fue objeto de importantes reformas en la materia.

Por otro lado, es importante agregar que los derechos primigenios en nuestro sistema jurídico no sólo se actualizan al ser constitucionalizados, sino también cuando son positivizados en las leyes generales, federales, locales y demás disposiciones normativas vigentes; ampliándose significativamente en virtud de los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte.

1.4. Rasgos distintivos

En relación a los rasgos distintivos de los derechos humanos, la propuesta de Santiago Nino, contempla como principios de los derechos humanos, los siguientes: la universalidad, en virtud que su titularidad se encuentra en todas las personas, sin discriminación; la incondicionalidad, porque únicamente están supeditados a los derechos de los demás o los justos intereses de la comunidad inalienabilidad, ya que no pueden perderse ni transferirse, toda vez que son inherentes a la dignidad humana; y, finalmente la progresividad, debido a que se actualizan de acuerdo con los acontecimientos y requerimientos de la sociedad (Contreras, 2000).

1.5. Clasificación

La sistematización que hasta la fecha ha tenido mayor difusión y que es aceptada, para efectos académicos, es la referida por Karel Vasak -en su obra Para la tercera generación de los derechos del hombre de 1984 - que divide a los derechos humanos en tres generaciones (Contreras, 2000).

La primera generación la constituyen los derechos civiles y políticos, también denominados libertades clásicas. Dentro de las libertades y derechos que integra esta primera generación destacan: el derecho a la igualdad, vida, libertad y seguridad jurídica; las garantías procesales; así como las libertades de pensamiento, expresión, reunión y asociación.



La segunda generación se integra con los derechos económicos, sociales y culturales, debido a los cuales, el Estado de Derecho transita al Estado Social de Derecho. Dentro de la segunda generación quisiera destacar los derechos siguientes: el derecho al trabajo, a formar sindicatos, a la salud, alimentación, vivienda, seguridad social, asistencia médica, educación y especialmente los derechos de la infancia.

La tercera generación recoge derechos encaminados a incentivar el progreso social y a elevar el nivel de vida de todos los pueblos. A Los derechos que integran este grupo también se les denomina derechos de solidaridad. Dentro de los aspectos más importantes, abordados por la tercera generación podemos destacar: el derecho a la autodeterminación, independencia económica y política, identidad nacional y cultural, la paz, la cooperación internacional, la justicia internacional, el uso de los avances de las ciencias y la tecnología, relacionados con el medio ambiente y en general aquellos que permitan el desarrollo con dignidad.

Por otra parte, siguiendo esta secuencia, actualmente se habla de una cuarta generación de derechos humanos, que se relaciona con el empleo de la tecnología y el uso de la información necesarias para satisfacer las necesidades actuales.

2. El acceso a la salud como un derecho humano

2.1. Protección a la salud

Ahora bien, respecto a la protección de la salud como derecho fundamental, en nuestro país, éste se incorporó al orden jurídico el 3 de febrero de 1983 con la publicación del Decreto que adicionó un párrafo penúltimo al artículo 4 de la Carta Magna, considerando la necesidad de consolidar el sistema nacional encargado de asegurar al pueblo mexicano, sin distinción alguna, ese servicio básico para la vida de mujeres y hombres.



Así, la expresión derecho a la protección a la salud deriva de la responsabilidad que tiene el Estado de esforzarse para garantizar la accesibilidad a servicios de salud de alto nivel. En el mismo sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha sostenido que ese derecho incluye la obligación de adoptar leyes para velar por el acceso igual a la atención de la salud; procurar que la privatización del sector salud garantice la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de

equipo médico y medicamentos, así como asegurar que los profesionales de la salud tengan la educación y experiencia necesarias.

De las consideraciones de nuestro máximo tribunal, se desprende que el acceso a la salud debe garantizarse en hospitales, clínicas, centros de salud y establecimientos del sector público, social o privado, que prestan servicios médicos y atención hospitalaria; configurándose como una responsabilidad concurrente que indisolublemente comparten el Estado, la sociedad y los interesados.



2.2. Normativa en materia de salud

El desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud contempla como finalidades: el bienestar físico y mental de las personas; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida; el disfrute de servicios que satisfagan las necesidades de la población; y el desarrollo de la enseñanza y la investigación para la salud.

Aunado a lo anterior, la salud como derecho humano de mujeres y hombres se encuentra contemplada en diversos instrumentos internacionales destacando la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25, refiere que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud; el Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, que en su numeral 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y, en el plano regional, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, que en sus dispositivos VII y XI contempla el derecho de protección a la maternidad y la infancia, así como el derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

De esa manera -en nuestra realidad jurídica- la salud, debe concebirse como un derecho universal, cuya importancia se acrecienta por su vinculación con el ejercicio de otros derechos. En ello radica su importancia y la obligación del Estado para garantizar su respeto. En nuestro país, el derecho a la salud se encuentra contenido, el ámbito federal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857, que en su artículo 4º consagra ese derecho, así como en la Ley General de Salud; y, específicamente, en el Estado de México en la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, y el Código Administrativo del Estado de México, en su Libro Segundo.

Aunado a lo anterior, es importante referir que existen documentos diversos que sirven de referencia en materia de protección al derecho de la salud, y que contienen derechos establecidos en la normativa anteriormente referida, siendo los siguientes: la Carta de Derechos de los Pacientes; la Carta de Derechos de los Médicos, así como la Carta de Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros.

3. Reforma Constitucional en materia de derechos humanos de 2011

3.1. Aspectos generales

La reforma que modifica la denominación del Capítulo I y reforma artículos diversos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de derechos humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación

el 10 de junio de 2011, representó un parte aguas en materia de protección de los derechos primigenios en nuestro país, como un esfuerzo no sólo en su reconocimiento, sino también en la creación o perfeccionamiento de mecanismos que procuren asegurar su plena vigencia.

3.2. El artículo 1º Constitucional

De la reforma constitucional, nos enfocaremos en la redacción del artículo 1º que se reproduce:

Artículo 1º En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la

condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.



De la lectura del artículo en estudio, se desprenden dos temas de gran relevancia que son: el reconocimiento y protección de los derechos humanos de forma constitucional, estableciendo garantías para lograr su efectiva protección; así como el fortalecimiento de la observancia de los tratados internacionales, lo que representa un impulso sin precedentes en la observancia de los tratados internacionales en la materia, que permitirá al Estado mexicano avanzar en el cumplimiento de los compromisos asumidos en el exterior, de acuerdo con el principio *pacta sunt servanda*.

4. Consideraciones finales

El acceso a la salud, es un derecho que le corresponde a todas las personas, que se encuentra consagrado por instrumentos internacionales y la legislación en nuestro país. Por lo tanto, es una obligación del Estado la protección de ese derecho, asegurándose de implementar los mecanismos oportunos para facilitar que todas las personas cuenten con ese derecho.

En ese sentido, es de resaltar el papel importante que desempeñan los profesionales de la salud, en un primer término a efecto de

realizar sus acciones con estricto apego a la normatividad en la materia, y por otro lado, al

brindar una atención humana a los pacientes, respetando su dignidad.☺



Referencias Bibliográficas

-Astudillo, Cesar y Miguel Carbonell (coords.). (2007). *Las comisiones de derechos humanos y la acción de inconstitucionalidad*, México, UNAM-CNDH.

-Castro Cid, Benito de. (1982). *El reconocimiento de los derechos humanos*, España, Tecnos,

-Contreras Nieto, Miguel Ángel. (2000). *El derecho al desarrollo como derecho humano*, México, CODHEM,

-Santiago Nino, Carlos. (1989). *Ética y derechos humanos*, Argentina, Astrea.

-Carpizo, Jorge. (2000). *La reforma constitucional de 1999 a los organismos protectores de los derechos humanos*, en *Cuestiones Constitucionales*, revista mexicana de derecho constitucional, número 3, México, UNAM, julio-diciembre.

-Cruz, Miguel Angel. (2013) *Transparencia y rendición de cuentas de los partidos políticos: una aproximación desde los derechos humanos*, en *Dignitas*, revista editada por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, año VI, número 23, México, CODHEM, septiembre-diciembre.

-Declaración Universal de Derechos Humanos, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, octubre de 2014.

-Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>, octubre de 2014.

-Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf>, octubre de 2014.

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_07jul14.pdf, octubre de 2014.

-Ley General de Salud, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf, octubre de 2014.

-Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig001.pdf>, octubre de 2014.

-Código Administrativo del Estado de México, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/cod/vig/codvig008.pdf>, octubre de 2014.

-Rubro: DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. Instancia: Primera Sala. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época. Tomo XXVIII, Julio de 2008. Pág. 457. Tesis Aislada, <http://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Paginas/DetalleGeneralV2.aspx?ID=169316&Clase=DetalleTesisBL>, octubre de 2014.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

Erika Viridiana Mejía Millán

Responsable de Comunicación Social y Capacitación
de la Comisión de Bioética del Estado de México

Fecha de recepción: octubre 2014.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, tiene diez años que se publicó y es aún un documento desconocido para la mayoría de los compañeros, es motivo por el cual en esta ocasión se tiene contemplado presentarla para hacerla del conocimiento de todos, ya que tiene como fin proteger y respetar la dignidad y los derechos de las personas, especialmente de los grupos vulnerables. Hace referencia a los principios siguientes:

- Dignidad humana y derechos humanos.
- Beneficios y efectos nocivos, autonomía y responsabilidad individual.
- Consentimiento informado para una intervención médica o investigación.
- Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
- Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- Privacidad y confidencialidad, igualdad, justicia y equidad.
- No discriminación y no estigmatización.
- Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- Solidaridad y cooperación, responsabilidad social y salud.
- Aprovechamiento compartido de los beneficios.
- Protección de las generaciones futuras.
- Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Palabras clave: Integridad, Justicia Social, Autonomía y Dignidad.

El 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, dicha declaración señala las normas por las cuales se debe regir la sociedad ante problemas éticos y bioéticos,

el cual sirve como instrumento de consulta para los comités de ética y bioética.

Los artículos que integran dicha Declaración proporcionan un marco universal de principios bioéticos fundamentales, protegiendo la integridad de las personas.

La Conferencia General

Por primera vez en la historia de la bioética, los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto.

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

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

Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

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

Recordando la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997

y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003.

Tomando nota del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993.

La Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989.

El Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial

del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001 y los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

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

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

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

Considerando que la UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores

éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura.

Consciente de que los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y de que desempeñan un importante papel en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales.

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

Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales. Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto.

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

Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, Reconociendo que la conducta científica y tecnológica poco ética ha tenido repercusiones especiales en las comunidades indígenas y locales.

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

Considerando que es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia y la equidad y sirve el interés de la humanidad.

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

Destacando la necesidad de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, teniendo en cuenta en particular las necesidades específicas de los países en desarrollo, las comunidades indígenas y las poblaciones vulnerables.

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

Proclama los siguientes principios y aprueba la presente Declaración.

Artículo 1 Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Artículo 2 Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;
- d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la

tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo; g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras; h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 Beneficios y efectos nocivos

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

Artículo 5 Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán

de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.
3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de

dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación; b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8 Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

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

Artículo 9 Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas

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

Artículo 10 Igualdad, justicia y equidad

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

Artículo 11 No discriminación y no estigmatización

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

Artículo 12 Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo.

No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13 Solidaridad y cooperación

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

Artículo 14 Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo

social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

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

- a) El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.
- b) El acceso a una alimentación y un agua adecuadas.
- c) La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente.
- d) La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.
- e) La reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15 Aprovechamiento compartido de los beneficios

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

- a) Asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos.
- b) Acceso a una atención médica de calidad.
- c) Suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación.
- d) Apoyo a los servicios de salud.
- e) Acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos.
- f) Instalaciones y servicios destinados a crear

capacidades en materia de investigación.

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

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

Artículo 16 Protección de las generaciones futuras

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

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

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

Artículo 18 Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

Aplicación de los principios

1. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos.

Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.

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

3. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones

pertinentes.

Artículo 19 Comités de ética

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

- a) Evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos.
- b) Prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos.
- c) Evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración.
- d) Fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20 Evaluación y gestión de riesgos

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

Artículo 21 Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deberían procurar velar por que sea conforme a los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de ésta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.
2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como

en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debería basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deberían responder a las necesidades de los países anfitriones y se debería reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.
4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deberían establecer las condiciones de colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.
5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

Artículo 22 Función de los Estados

Promoción de la Declaración

1. Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.
2. Los Estados deberían alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23 Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la

ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.

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

Artículo 24 Cooperación internacional

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

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

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

Artículo 25 Actividades de seguimiento de la UNESCO

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

Comité Internacional de Bioética (CIB).

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

Artículo 26 Interrelación y complementariedad de los principios

Disposiciones finales

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

Artículo 27 Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás.

Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

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

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

Referencias Bibliográficas

-UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. <http://www.unesco.org>. Fecha de consulta julio 2014.

Espacio libre y cartas al editor



La deontología y los principios bioéticos

Erendira Natalia Calderón Guzmán

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

Fecha de recepción: octubre 2014.

Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

Resumen: Como trabajadores de la salud es importante conocer el concepto deontología, que se refiere al estudio del deber. El objeto de estudio de la “deontología” son los fundamentos del “deber ser” y las normas morales analizado desde la perspectiva de Bentham; así como la importancia de establecer colegios deontológicos ocupacionales, es decir la Deontología Profesional.

Palabras clave: deontología y comportamiento.

El concepto de Deontología fue acuñado por Jeremías Bentham en su obra *Deontología o ciencia de la moral*, donde ofrece una visión clara de esta disciplina.

Se refiere a un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada profesión. La Deontología es conocida también bajo el nombre de “teoría del deber”, y es una rama de la ética normativa. Esta consiste en la **libertad y responsabilidad de los actos del hombre en base a su conciencia.**

Asimismo, Bentham considera que la base de la Deontología se debe sustentar en los principios filosóficos de la libertad y el

utilitarismo, lo cual significa que los actos buenos o malos de los hombres sólo se explican en función de la felicidad o bienestar, a partir de sus fines (el mayor bienestar posible para la mayoría de las personas, y de la mejor forma posible). Los argumentos humanistas de libertad y utilitarismo fueron apropiados en la deontología, con las exigencias ético-rationales que influyeron los sistemas morales y políticos dando origen a códigos de comportamiento. Los primeros códigos deontológicos se generaron después de la segunda guerra mundial.

La deontología aplicada al estudio de los derechos y deberes enfocados al ejercicio de una profesión, es llamada **deontología**

profesional, misma que reglamenta de manera estricta las cuestiones relativas al “deber” de los miembros de una determinada profesión. Se nutre por un lado del marco jurídico y por otro del marco moral, y en general se presenta por escrito. Constituye el **comportamiento y actitud** que ha de orientar cualquier conducta. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. Por este motivo, suele ser el propio colectivo profesional quién determina dichas normas y, a su vez, se encarga de recogerlas por escrito.

Actualmente la mayoría de las profesiones han desarrollado sus propios códigos de conducta, ejemplo Código de ética para el personal de salud, para odontólogos, para enfermeras, para arquitectos.



Es importante no confundir deontología profesional con ética profesional. Una de las diferencias cuando hablamos de “ética” y “deontología” es que la primera hace directamente referencia a la **conciencia** personal, mientras que la segunda adopta una función de **modelo de actuación** en el área de una colectividad. Por ello, con la concreción y diseño de códigos deontológicos, además de autorregular una profesión, se invita al seguimiento de un camino muy concreto y a la formación ética de los integrantes de un gremio.

La ética general de la profesión se plantea en términos de principios: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. El deontologismo plantea los temas éticos en términos de normas y deberes.

Las declaraciones, las leyes, las normas, son documentos deontológicos, por que establecen concretamente como hacer bien las actividades de cada área y hacen referencia a la actuación profesional en cuanto a la obligación de respetar la dignidad, autonomía y derechos de las personas a las que proporciona sus servicios los profesionales.☞

Lecturas recomendadas



La Idea del hombre de Eduardo Nicol

Elías Miranda Roman

Asesor de la Coordinación de Salud

Fecha de recepción: octubre 2014.
Fecha de aceptación y versión final: noviembre 2014.

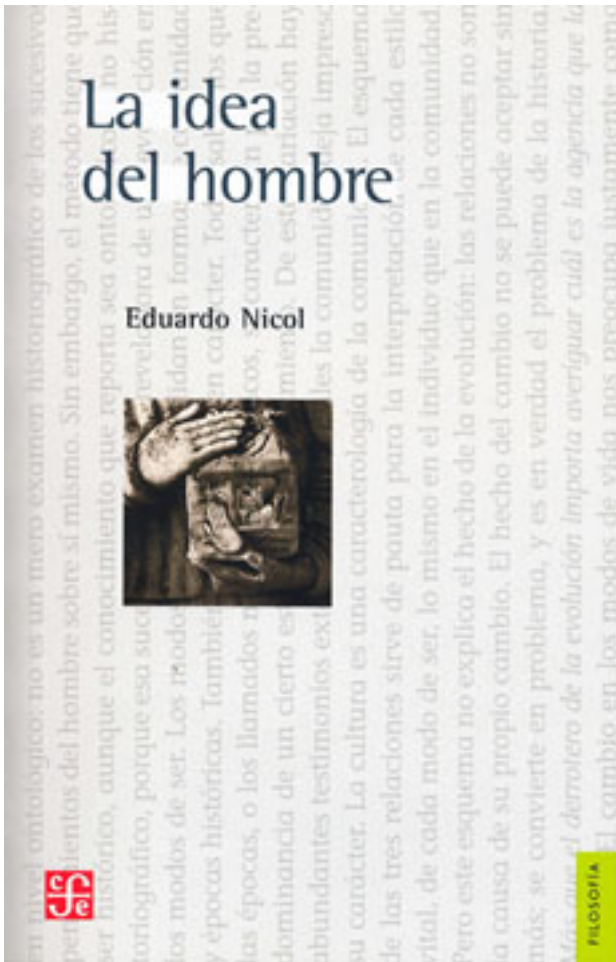
Resumen: Eduardo Nicol en el libro titulado: “La Idea del hombre” realiza un desarrollo profundo de la relación del hombre con lo divino y de cómo el hombre va adoptando su formación política, señalando que tanto la religión como la política son antecedentes filosóficos ya que ve al hombre como ente filosófico; da a conocer los caminos platónicos del amor y de la muerte.

Palabras clave: Hombre y divino.

La obra da a conocer los “términos de relación vital” (lo divino, lo humano y la naturaleza) y los “factores de la acción” (la necesidad, la libertad y el azar); Nicol reitera que no es posible tener una definición del hombre, sino una historia del hombre, ya que menciona *“al espíritu precisamente como lo temporal en el hombre; el tiempo en que se encuentra el cuerpo solo es el tiempo físico; el hombre vive en otro tiempo. La tensión interior entre «ser» y «poder ser» origina la intencionalidad de la vida y su constante proyección hacia el futuro. Porque es temporal, el ser del hombre es modal; el ser humano tiene «modos de*

ser». Vivir es actualizar las potencialidades del ser; la historia es el reflejo de esas tensiones o actualizaciones del «poder ser»”; por lo que el hombre es el ser que no necesita definición.

El hombre es su ser-hombre por lo que la presencia es la que está manifestando, es la individualidad distintiva la que no está plenamente dada en la presencia; la individualidad y la relatividad son apariencias del ser por lo que esto es realidad a la vista. La expresividad es la clave de la relatividad, por lo que la lógica entre los individuos no capta la forma de ser común a todos.



Nicol señala que el hombre no es un ser completo, con la capacidad de renovarse constantemente en su comunicación y relación con los otros. El ser del hombre está formado por una comunidad ontológica y un modo individual de existencia, que se desarrolla con base en tres factores la necesidad, la libertad y la contingencia.☞

Convenio de Colaboración entre la Legislatura Estatal y el Colegio de Notarios del Estado de México en Materia de Voluntad Anticipada

Miguel Ángel Ordóñez Rayón

Coordinador de Voluntades Anticipadas del Estado de México



El pasado 21 de octubre del 2014 en la Sede del Colegio de Notarios del Estado de México se llevó a cabo la firma del Convenio de Colaboración entre la Legislatura Estatal y el Colegio de Notarios de la Entidad para dar cumplimiento al artículo **octavo transitorio** de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México que a la letra señala:

“La Legislatura del Estado de México, deberá suscribir un convenio de colaboración con el Colegio de Notarios, a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México para asegurar el menor costo posible de los honorarios correspondiente al documento contenido en ella, así como la inclusión de la suscripción del mismo en las jornadas notariales que se realicen”.

Los firmantes del Convenio fueron el Diputado Adrián Juárez Jiménez, presidente de la Legislatura del Estado, el Lic. Rafael Martín Echeverry González, presidente del Consejo Directivo del Colegio de Notarios del Estado de México y como testigos el Mtro. César Nomar Gómez Monge, Secretario de Salud del Estado de México, el diputado Juan Abad de Jesús, Presidente de la Comisión Legislativa de Salud, Asistencia y Bienestar Social y el Lic. Miguel Ángel Ordóñez Rayón, Coordinador de Voluntades Anticipadas del Estado de México.

Al acto llevado a cabo en el auditorio del Colegio de Notarios estuvieron presentes también, la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, Directora General del Instituto de Salud del Estado de México, la Dra. Inés Díaz Muñoz, Directora del Centro Estatal de Trasplantes, la Dra. Ana María Millán Velázquez, Coordinadora Estatal del Programa Estatal de Bioética y la Lic. Maricruz Medina Mora, Responsable del Programa de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

Las partes firmantes manifestaron que es una preocupación mutua atender la necesidad de los habitantes del Estado de México para el otorgamiento de Escrituras de Voluntad Anticipada, para que una vez que se encuentren en la situación de padecer una enfermedad en etapa terminal, no sean sujetos de la obstinación terapéutica.



Asimismo, mencionaron que el mayor interés en suscribir el convenio de colaboración, es impulsar como cultura jurídica el otorgamiento de Escrituras de Voluntad Anticipada, como una manera de evitar la obstinación terapéutica y prevenir conflictos familiares.

Los costos que se establecieron para las suscripciones de Escrituras de Voluntad Anticipada ante las Notarías son de \$1,300 pesos más IVA y para las personas que

acrediten tener más de 65 años el costo será de \$400 pesos más IVA, por lo que el Estado de México es la entidad en tener los costos más bajos a nivel nacional.

La Secretaría de Salud del Estado de México, por conducto de la Coordinación de Voluntades Anticipadas del Estado de México en coordinación con la Legislatura del Estado, se obliga a difundir el Convenio entre los ciudadanos del Estado de México, quienes serán los principales beneficiados del Convenio de Colaboración.

Los **avances** de Enero a la fecha son los siguientes:

Se han realizado más de 95 capacitaciones al personal médico del ISEM, ISSSTE, IMSS, ISSEMyM y hospitales privados del Estado de México; capacitado a más de tres mil trabajadores de la salud, entre ellos: médicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, directivos y personal administrativo.

Las suscripciones de Actas de Voluntad Anticipada en las Unidades Hospitalarias han sido de 115 al mes de Octubre, 98 de éstas firmadas por adultos y 17 de pacientes menores de edad.

Se han suscrito 40 escrituras de Voluntad Anticipada ante diversas notarías del Estado de México.

Con estas cifras el Estado de México, se ubica en segundo lugar a nivel nacional en cuanto a suscripciones de Voluntad Anticipada, sólo por debajo del Distrito Federal en donde su Ley de Voluntad Anticipada fue publicada en el 2008.

También el Estado de México es ya la primera entidad en contar con un Registro Estatal de Voluntad Anticipada, donde a través de una plataforma digitalizada se le da seguimiento a las suscripciones en hospitales y Notarías. ☞



Crónica del VIII Encuentro Nacional de Bioética

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

Lizdah Ivette García Rodríguez

Jefa de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad



Como ya es tradición, desde 2006, el 5 de septiembre de 2014 en esta ciudad de Toluca de Lerdo se realizó el Encuentro Nacional de Bioética con la colaboración de la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto de Salud del Estado de México, así como la invaluable colaboración de la Comisión de Bioética del Estado de México y la participación de las Instituciones que la conforman. Se llevó a cabo en las instalaciones del Sindicato de Trabajadores del Estado de México y Municipios (SUTEYM) en el Auditorio de la Casa del Servidor Público Mexiquense; que no repararon en apoyos para la realización del evento.

Ante la problemática actual y los cambios sustantivos presentes en nuestra sociedad, la Bioética ha tenido que hacer énfasis en su papel de generar conciencia sobre el reconocimiento de los derechos del hombre en sociedades diversas, para la inclusión de la responsabilidad ética de intervención y acción en la atención a los problemas que nos aquejan a nivel mundial. La Bioética entonces debe, obligadamente, ser introducida, no sólo en el ámbito médico o científico, sino que es imperativa su instrucción dentro de las mismas sociedades. Es ambicioso, pero estrictamente necesario que la Bioética sea parte del quehacer diario, ya que como lo mencionan decenas de autores, la Bioética es sin duda, parte ya, de nuestro día a día. Es por eso que el lema de éste VIII Encuentro Nacional de Bioética fue: “La importancia de la bioética en los estilos de vida y su impacto social”.

El evento da inicio con la conferencia del Dr. Alberto Álvarez Díaz, con el tema: “La responsabilidad social de la Bioética”, en la cual resaltó la importancia de definir el concepto de responsabilidad, como un valor de nuestra sociedad, habló acerca de que toda la responsabilidad social comienza de la ética, a partir de un proyecto de vida. Tiene sus antecedentes en 1929, después de la Primera Guerra Mundial y en concordancia de la gran depresión en Estado Unidos, éstos dos sucesos provocaron un cambio

de pensamiento en la sociedad, “como lo dijo Marx, las empresas debían tener una responsabilidad para el pueblo al que se debían”. Desde el mundo antiguo se habla de dos tipos de deberes, los deberes perfectos que no admiten ningún tipo de excepción, como las leyes; y los deberes imperfectos, que pueden tener algunas excepciones, que son más bien deberes morales, como dar limosna a quien lo necesita. Ahora bien, las empresas entonces qué tipo de deberes tendrían hacia la sociedad.



Entre 1950 y 1970 gracias a varios pensadores modifican la forma de ver del capitalismo, ahora llamado neoliberalismo, un exponente esencial fue Milton Friedman, economista, Premio Nobel de Economía en 1976; el cual acuñó en 1970 en su artículo la frase: “hay una y solamente una responsabilidad social de los negocios, usar sus recursos y comprometerse en actividades señaladas para aumentar sus ganancias con tal de permanecer dentro las reglas del juego, es decir comprometerse en una competencia alterna libre y sin engaño”; es decir en términos comunes ahora podemos ver que se trataba de un fraude lo que decía Milton Friedman es que la única responsabilidad que tenían las empresas era para sus accionistas.

Entre el 1971 y 1984, comienzan discusiones en si era la ideología de la responsabilidad de las empresas solo para su mercado y hacer ricos a los que ya son ricos, en 1984 empieza

a publicarse que no sólo se debía responder a los accionistas, si no que la responsabilidad de las empresas va más allá, Edward Freeman, publica un artículo que hace referencia a que lo que está por fuera de la empresa existe y se debe una responsabilidad social. Éste hombre lo coloca en tela de juicio, porque las empresas sólo se debían a sus dueños.

Entre 1985 y el cambio de siglo, Archie Carroll, habla de una pirámide de responsabilidades que deben tener las empresas, en las cuales hay responsabilidades económicas y responsabilidades éticas, ser equitativo y así hasta llegar a las acciones filantrópicas. El cambio de siglo es crucial, ya que varios autores hacen referencia a que las empresas no pueden abrir sus operaciones sin tener en cuenta la responsabilidad en una serie de actividades filantrópicas y éticas para la sociedad. Kofi Annan, lanza una iniciativa de las Naciones Unidas (ONU) una globalización de las empresas, que trata de una afiliación voluntaria de las empresas, que propone tres esferas, una esfera de protección de los derechos humanos, otra esfera de protección de entornos laborales y otra esfera de protección del medio ambiente. Annan dice que nosotros los seres humanos escogemos qué valores usar, y éstos valores repercuten en decisiones económicas y en otros como es la salud. Él dice que los valores los podemos usar para nuestro servicio o para ponerlos al servicio de otros, es decir ser egoísta o ser compartido, esa decisión es tomada por cada uno de nosotros. En nuestro país, no sólo las empresas o las instituciones tienen responsabilidad social, ya que la Norma Oficial Mexicana de Responsabilidad Social ISO:9000, publicada el 19 de julio de 2012, menciona que toda organización o corporación que gestione cuestiones sociales, tiene responsabilidad para la sociedad.

Después de ésta reflexión del Dr. Álvarez Díaz, dio inicio la ceremonia inaugural del evento, con la participación del Maestro de Ceremonias, el Dr. Elías Miranda Román. En el presidium se contó con la presencia del Dr.

Manuel Ruíz de Chávez Guerrero, presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética y ex presidente de la Academia Nacional de Medicina; el Dr. Manuel López Kneeland en representación del secretario de salud y presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, Mtro. César Nomar Gómez Monge; el Dr. Eduardo Chávez Enríquez, director general del Instituto Materno Infantil del Estado de México; el Dr. José Edgar Naime Libián, delegado del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; la Dra. Patricia Bustamante Montes, directora de la Facultad de Medicina y representante del Rector de la Universidad Autónoma del Estado de México, Dr. en Derecho Jorge Olvera García; el Dr. Jesús Luis Rubí Salazar, comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México; la Dra. Rocío Rangel Gómez subdirectora de Atención Médica, en representación de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, directora general del ISEM y Vicepresidenta de la Comisión de Bioética del Estado de México; el Dr. Claudio Cruz Fierro, director de enseñanza e investigación, representante del Lic. Delfino Reyes Paredes, director general del ISSEMYM; el Lic. Jorge Omar Velázquez Ruíz, en representación del secretario general del SUTEYM; la Sra. Virginia Ovando Esquivel secretaria de salud del SUTEYM; el Dr. Enrique Gómez Bravo Topete en representación del IMSS Delegación Estatal Zona Poniente; el Dr. Guillermo Espinoza Fuentes, coordinador de investigación de ésta delegación. Además de contar con la presencia del Dr. Víctor Torres Meza, director general del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; la Dra. María Cristina Chaparro Mercado, secretaria técnica del Consejo de Salud; la Mtra. Raquel Agamí Quezada en representación del secretario de medio ambiente; el Dr. Manuel Ignacio Hernández Montes de Oca, en representación de la directora general del DIFEM; el Dr. Alfredo Viguera Rendón, representante de la sociedad mexiquense y por último la participación de la Dra. Ana María Millán Velázquez, secretaria técnica de la Comisión

de Bioética del Estado de México.



El mensaje de bienvenida fue expresado por la Dra. Rocío Rangel Gómez, subdirectora de Atención Médica, a nombre de la Dra. Elizabeth Dávila Chávez, quien habló de la importancia de la Bioética y sus fundamentos éticos y la aplicación de los valores y principios bioéticos en la operación de las Instituciones de salud.

Agregó que aplicar los valores en un marco ético, se verá reflejado en la atención de los usuarios de los servicios de salud y será el camino hacia una atención con calidad a los mexicanos.

Posteriormente, tomó la palabra el Dr. Manuel López Kneeland, representante del secretario de salud y presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, Mtro. César Nomar Gómez Monge, agradeció al presidium y a los asistentes del Estado de México y entidades como Durango y Tlaxcala. Comunicó el mensaje del Secretario de Salud, mencionando que a través de la Comisión de Bioética y de los Comités de Bioética y Ética en Investigación en la entidad, el abordaje de la bioética en el Estado de México ha sido desde una Micro-Bioética, pero que el interés de la Secretaría de Salud es llevar las acciones necesarias hacia la Macro-Bioética, para entonces abordar temas no sólo en el ámbito hospitalario, si no que la Bioética llegue a la sociedad en general y a los usuarios de los

servicios de Salud. Reconoció la enorme labor de los organizadores del VIII Encuentro Nacional de Bioética y recalcó la importancia de sus acciones para que continúe la Cultura Bioética en el Estado de México y auguró más Encuentros como éste en los siguientes años.



El Dr. Manuel Ruíz de Chávez Guerrero, Presidente de la Comisión Nacional de Bioética y Presidente de la Academia Mexicana de Medicina, elogió las labores de Bioética en el Estado de México a nivel local y agradeció también el apoyo a nivel nacional, por la entusiasta colaboración de nuestra entidad en la realización del 12º Congreso Mundial de Bioética y de la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética. También comentó, que en próximas fechas la CONBIOETICA realizará el 7º Foro de Comisiones Estatales de Bioética y enfatizó en la importancia de la asistencia de los representantes de la Comisión de Bioética de la entidad y también de representantes de la sociedad. Ya que la estrategia de Capacitación, Formación y Educación en Bioética en México, será un objetivo de prioridad para años futuros. La sociedad participará porque la Bioética también consolida Políticas en Salud y actúa en la población para concientizar hacia la protección personal y al cuidado de su salud.



Al terminar el acto de inauguración se presentó el Dúo Cronos, de la Universidad Autónoma del Estado de México, quienes amenizaron el evento.

Posteriormente en el marco académico se presentó la conferencia magistral “La inteligencia emocional para gente como tú” misma que estuvo a cargo del Mtro. Daniel García Valdés, quien habló de la importancia de la identificación personal, del tipo de inteligencia que poseemos a fin de lograr el éxito y una mejor comunicación con el entorno. Subrayó que las actitudes de los individuos inciden directamente en su vida laboral, y no solo en la personal. Habló entonces de las posibilidades magnificadas de una persona que a nivel laboral se identifica en el tipo de inteligencia que posee, para explotarla y conocer la manera de manejarla.

En acto seguido el Dr. Víctor Torres Meza, Director General del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) del Estado de México. Habló de la importancia de “La Educación Ambiental como una necesidad

en Salud”, enfatizó en esta prioridad de política pública, ya que las enfermedades son una amenaza, no sólo a nivel local, sino también a nivel mundial. Controlar una epidemia gracias a la colaboración de la sociedad es la gran diferencia entre presentar una epidemia local o llegar a una pandemia, como lo es actualmente el VIH. Habló también de los servicios de salud y la necesidad de extender la cobertura de salud entre las poblaciones más vulnerables y alejadas; llevar servicios indispensables como agua potable, electricidad y así como los servicios de salud, para que nuestra población y las generaciones futuras, tengan un mundo mejor.

Finalmente, se dió pie al simposium: “Bioética y sociedad”, con las ponentes: Dra. Hilda Carmen Vargas Cancino, y su tema: “Bullying, violencia intrafamiliar versus Coexistencia no violenta” y la Dra. Karla Lidia Margarita Pizarro Lerma quien nos deleitó con su tema: “La importancia de la socialización de la bioética”. Cumpliendo así con el programa académico y los objetivos de manera satisfactoria.☺





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 en otro idioma, 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. GABRIEL RENATO REYES JAIMES

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
Estatl 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. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ

Director de Educación e Investigación
en Salud del ISSEMYM

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

Comisión de Bioética del Estado de México

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
Jefa de la Unidad de Enseñanza,
Investigación y Calidad

DR. FRANCISCO CABRERA ESQUITIN
Asesor Externo de la COBIEM

DR. OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA
Invitado Especial

Subcomité Editorial de la Secretaría de Salud

PRESIDENTE

M. EN A. LEOPOLDO MORALES PALOMARES

Coordinador de Administración y Finanzas del
Instituto de Salud del Estado de México

VOCALES

DRA. MARÍA ELENA ÁLVAREZ LOBATO

Coordinadora de Hospitales Regionales
de Alta Especialidad

LIC. MIGUEL ÁNGEL ORDOÑEZ RAYÓN

Coordinadora de Voluntad Anticipada

DRA. INÉZ DÍAZ MUÑOZ

Directora del Centro Estatal de
Trasplantes del Estado de México

DR. SERGIO CARLOS ROJAS ANDERSEN

Director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones

M. EN C. E. VÍCTOR MANUEL TORRES MEZA

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

DR. PROSPERO EDUARDO CHÁVEZ ENRÍQUEZ

Director General del Instituto Materno Infantil
del Estado de México

DR. JESÚS LUIS RUBÍ SALAZAR

Comisionado de Conciliación y Arbitraje
Médico del Estado de México

DR. RAMÓN ESPINOZA HERNÁNDEZ

Director del Banco de Tejidos del Estado de México

C. P. ALDO LEDEZMA REYNA

Jefe de la Unidad de Protección Social en Salud

M. EN A. H. JOSÉ PEDRO MONTOYA MORENO

Coordinador de Salud del Instituto de Salud
del Estado de México

M. EN D. C. FERNANDO DÍAZ JUÁREZ

Coordinador de regulación sanitaria del Instituto
de Salud del Estado de México

LIC. ELBA GALICIA MERTÍNEZ

Jefa de la Unidad de Comunicación Social del
Instituto de Salud del Estado de México

SECRETARIO TÉCNICO

LIC. CLAUDIA TERÁN CORDERO

Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
del Instituto de Salud del Estado de México

Mexiquenses más sanos



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE MÉDICO
ESTADO DE MÉXICO

