

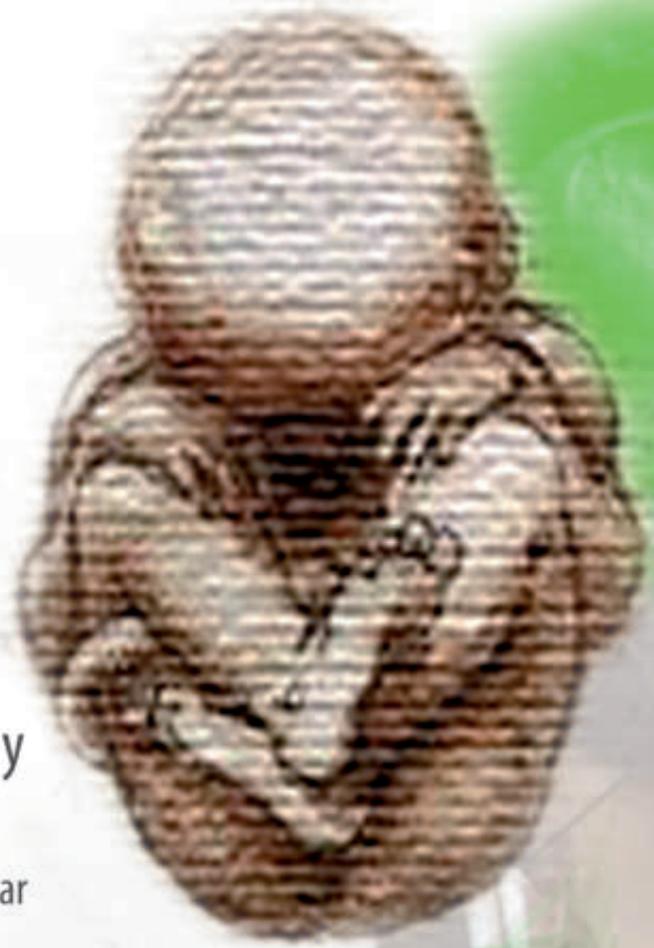
REVISTA DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE MÉXICO



BIOÉTICA

Y SALUD

AÑO I | ÉPOCA I | No. 1 | Enero-junio 2010



El caso Tarasoff:
Una reflexión
bioética, jurídica y
psicoanalítica
Octavio Márquez Mendoza

**Ética, moral,
ética médica y
bioética**

Jesús Luis Rubí Salazar

**Derechos humanos
y vida biológica:**
algunas paradojas

María Luisa Bacarlett Pérez

**Aspectos religiosos,
jurídicos y éticos en la
transfusión sanguínea
en pacientes testigos
de Jehová**

Ana María Millán Velázquez



Ética Clínica

en el Estado de México
para el fortalecimiento de la medicina basada en valores

El humanismo en los servicios de salud inicia
con una sonrisa y con responsabilidad ética

Principios Bioéticos:

Beneficencia
No maleficencia
Autonomía
Justicia
Responsabilidad

Comisión de Bioética del Estado de México
Av. Independencia Ote. 903 Col Santa Clara
Toluca de Lerdo, Estado de México
Teléfonos: 2148680 y 2155244
email: bioetica.edomex@edomex.gob.mx
miva06@yahoo.com.mx

CE: 217/A/003/10

PRESENTACIÓN



Afortunadamente en la última década, México ha adoptado una nueva concepción moral en el ámbito de la medicina: la bioética, como una respuesta a la responsabilidad ética-científica ante los avances que se han dado en este campo de la vida y la salud.

La bioética surge con una misión humanista, que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos relacionados con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas y biológicas.

El Estado de México conciente de la necesidad de un enfoque ético, de servicio, de respeto a la vida y a la salud, instala en el año 2005 la Comisión de Bioética y el Comité de Bioética del Instituto de Salud, con el fin de salvaguardar la dignidad de los pacientes, del trabajador de la salud y del investigador. A partir de esta fecha se han instalado de manera paulatina los Comités de Ética en Investigación y de Bioética, tanto en el Instituto de Salud del Estado de México, como en las dependencias del sector salud, educativo, medio ambiente, las comisiones de los derechos humanos y conciliación y arbitraje médico, entre otras dependencias que conforman la Comisión de Bioética del Estado.

La Comisión tiene como objetivo Implementar una cultura bioética en el personal de salud y así elevar la calidad de los servicios, por medio de la capacitación y asesoría sobre conductas que se han de adoptar con respecto a controversias morales concretas y del análisis ético de los protocolos de investigación, a través de actividades académicas y de difusión.

Esta revista es un área de oportunidad de gran importancia para difundir la cultura bioética en nuestra entidad, tiene como objetivo ser un medio de información y difusión para fomentar el sentido de corresponsabilidad consciente y previsor, para coadyuvar el buen desempeño en la relación médico-paciente, de los Comités de bioética y de ética en investigación.

Estamos uniendo esfuerzos para reencaminarnos hacia la humanización de los servicios de salud, comprometidos en este reencuentro de valores para la toma de decisiones y mejorar la calidad de los servicios.

Gabriel Jaime O'Shea Cuevas

BIOÉTICA Y SALUD

Directorio

- Enrique Peña Nieto
Gobernador constitucional del Estado de México
- Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud y director general del Instituto de Salud del Estado de México
- Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud y presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México
- César Humberto Botello Ortiz
Jefe de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad y vicepresidente de la Comisión de Bioética del Estado de México
- Ana María Millán Velázquez
Secretaria técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México

Representantes de Instituciones que integran la Comisión de Bioética del Estado de México.

Bioética y Salud

Es una Revista de la Comisión de Bioética del Estado de México e ISEM. Año 1, época 1, no. 1. Es una publicación semestral de análisis educativo y consultivo en aspectos bioéticos.

Editada y distribuida por la Secretaría de Salud del Estado de México.

Certificado de Reserva de Derechos: en trámite.

Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo del título: en trámite.

Certificado de Licitud del Título y Contenido: en trámite.

ISSN: en trámite.

Impresa por Mac Editores.

Tiraje 1 000 ejemplares. Distribución Gratuita.

Suscripciones y domicilio de la publicación: av. Independencia Oriente, no. 903, col. Santa Clara, Toluca, México.

Teléfonos: (01 722) 2-15-52-44, fax 2-14-86-80.

Correo electrónico: bioética.edomex@edomex.gob.mx.

miva06@yahoo.com.mx

Número de autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal CE: 217/5/02/10-01

Consejo editorial

Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Jesús Luis Rubí Salazar

Comité editorial:

Manuel H. Ruiz de Chávez
Cesar Humberto Botello Ortiz
José Torres Mejía
Octaviano Domínguez Márquez
Octavio Márquez Mendoza
Juan María Parent Jacquemin
Jorge Cruz Borromeo
Edmundo González Becerra
Víctor Flores Silva

Coordinadora editorial:

Ana María Millán Velázquez

Comité de redacción:

Elías Miranda Román
María Luisa García Alcántara
María Elena Orenday Arechiga
Miguel Ángel Cruz Muciño
Maritza Armenta Ruiz

Diseño e imagen:

Ma. Elena Figueroa Bermúdez

Fotografía:

Unidad de Comunicación Social del ISEM

Corrección de Estilo:

Revisión a cargo del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal.

Correctoras: Blanca Leonor Ocampo y Jazmín González Cruz.

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.

EDITORIAL



El reciente desarrollo científico y tecnológico ha dotado al ser humano de una capacidad sin precedentes de actuar en su entorno. Este nuevo escenario de conocimientos abre nuevas posibilidades de intervención sobre la vida y lanza un desafío a la reflexión moral.

En las últimas décadas hemos vivido el desarrollo progresivo de la bioética, que ha surgido fundamentada en el respeto a la vida humana y está presente en todas y cada una de las ciencias que la involucra; aparece como un esfuerzo que intenta iluminar el sentido moral y de responsabilidad a nuestro accionar en la medicina y las ciencias de la vida.

Lo anterior significa que el profesional de la salud debe también procurarse la adecuada formación en esta área, ya que el ejercicio clínico y sanitario le pedirá en variadas ocasiones tomar decisiones que se espera sean prudentes y fundamentadas.

Para quienes participamos en las actividades de la Comisión de Bioética del Estado de México, es un honor poner en sus manos la Revista Bioética y Salud, como un medio de divulgación médico-científico en este campo tan significativo de la prestación de servicios de salud.

Es también un privilegio entablar comunicación con ustedes, amables lectores, a través de esta revista "Bioética y Salud", la cual hoy ve nacer su primer número, después de varios meses de arduo esfuerzo.

Es por ello que aprovecho esta edición para agradecer a los primeros colaboradores de este proyecto, por su entusiasmo y apertura decidida para compartir información valiosa para la comunidad que labora en el campo de la salud de nuestra entidad, y claro, también para la comunidad y sociedad en general, interesada en obtener mayor información y dar seguimiento a diversos temas que en muchos casos generan controversia personal, familiar o pública.

En la Revista Bioética y Salud encontrarán contenidos que se han clasificado en seis secciones, mismas que representan diversos campos temáticos de interés: Diálogo Bioético, De la Ciencia a la Conciencia, Perspectivas Médicas y Reporte de Casos, Fuente Informativa en Bioética, Espacio Libre y Cartas al Editor, así como un apartado para Lecturas Recomendadas.

En este inicio presentamos importantes e interesantes aportaciones de variados expertos estatales y nacionales en la materia y que serán sin duda material de estudio y de reflexión. Ejemplo de ello encontramos en la sección de Diálogo Bioético, reflexiones sobre temas de actualidad como: Derechos Humanos y Vida Biológica, Bioética ¿quo vadis?, entre otros. Asimismo, en la sección de Perspectivas Médicas y Reporte de Casos, conoceremos El caso Tarasoff: una reflexión bioética-jurídica y psicoanalítica.

Por otra parte, en la sección Fuente Informativa en Bioética, encontrarán la experiencia del Instituto de Salud del Estado de México en la creación y operación de los Comités hospitalarios de bioética. En fin, este número además de introducirnos en el contexto de la bioética mundial, nacional y estatal, nos permite conocer diversos alcances de la bioética en situaciones concretas.

El Comité Editorial de Bioética y Salud ofrece a todos sus lectores poner el mismo entusiasmo, corazón y empeño en cada edición a publicar y les invita a participar aportando sus trabajos, ideas y sugerencias.

Bienvenidos todos a este foro de bioética, representado por la Revista Bioética y Salud..., esperamos que esta edición sea el inicio de una amplia comunicación con todos ustedes.

Jesús Luis Rubí Salazar

CONTENIDO



Presentación
Editorial

01
02

Diálogo bioético

05

Derechos humanos y vida biológica: algunas paradojas

06

María Luisa Bacarlett Pérez

Ética, moral, ética médica y bioética

13

Jesús Luis Rubí Salazar

Bioética, ¿quo vadis?

19

Octaviano Domínguez Márquez

De la ciencia a la conciencia

25

Aspectos religiosos, jurídicos y éticos con la transfusión sanguínea en pacientes testigos de Jehová

26

Ana María Millán Velásquez

Calidad de vida y control de síntomas

29

Celina Castañeda de la Lanza

Juan José Castañeda de la Lanza

Perspectivas médicas y reportes de casos

33

El caso Tarasoff: una reflexión bioética, jurídica y psicoanalítica

34

Octavio Márquez Mendoza

Fuente informativa en bioética

41

La bioética en el siglo XX

42

Lorena Malpica Hernández

Evaluación ética en investigación: un método institucional

51

Ana María Millán Velázquez

Los comités hospitalarios de bioética del Instituto de Salud del Estado de México

55

César Humberto Botello Ortiz

Ana Ma. Millán Velázquez

Espacio libre y cartas al editor

61

El humanismo en los servicios de salud

62

Daniel Valdés García

El respeto a la autonomía de las personas enfermas en situación terminal: un derecho humano

64

Miguel Angel Cruz Muciño

Lecturas recomendadas

67



DIÁLOGO



BIOÉTICO





Derechos humanos y vida biológica: algunas paradojas

María Luisa Bacarlett Pérez *

Introducción

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, proclama que fungió como declaración de principios de la Asamblea Constituyente Francesa, realizada el 26 de agosto de ese año, también sirvió de prefacio para la Constitución Francesa de 1791. Dicho documento ha servido de modelo para subsiguientes declaraciones que tratan de salvaguardar, ante todo, los derechos de igualdad y libertad de los seres humanos, e incluso hoy día se sigue tomando como referente tanto para documentos con fines humanitarios, como para constituciones políticas. El espíritu de tal declaración, pues, vigente y sin poner en duda su relevancia aquí problematizaremos al menos tres cosas: en primer lugar analizaremos la distinción que se hace, en el mismo título, de la Declaración entre hombre y ciudadano; en segundo lugar reflexionaremos acerca del primer y segundo artículos de la Declaración, mismos que incluyen respectivamente los siguientes pronunciamientos: “Los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos” y “La finalidad de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Tales derechos son la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión”; en tercer lugar, a partir de lo encontrado en los dos puntos anteriores, realzaremos las posibles paradojas que pueden encontrarse en tal declaración de derechos, paradojas que en ningún

sentido invalidan el espíritu de la Declaración, pero que podrían minar sus fines y supuestos.

En particular interesa destacar que una posible paradoja que puede encontrarse en tal texto radica en la distinción problemática entre nacer hombre y ser ciudadano: ¿Esto significa que para alcanzar derechos plenos no basta con el nacer humano, sino que es necesario alcanzar un estatus político? ¿Qué problemas conlleva esta separación entre la vida biológica y la vida política del hombre?. Creemos que muchas de las barbaries que ha visto circular el mundo moderno radican en esta separación entre lo biológico y lo político del hombre, separación que ha creado una verdadera zona de indistinción dentro de la cual han surgido figuras como el campo de concentración, las violaciones a los derechos de los refugiados y migrantes y los problemas bioéticos alrededor de la figura del comatoso o de aquel que sólo se mantiene vivo a partir de sus funciones vegetativas.

Sobre la distinción entre hombre y ciudadano

Como hemos apuntado, desde el mismo título de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, podemos encontrar un cierto problema que no deja de llamar la atención: ¿Por qué hablar “del hombre y del ciudadano”? ¿Se trata de dos entidades distintas y autónomas? ¿Cómo se relacionan entre sí?

* Doctora María Luisa Bacarlett Pérez, es doctora en Filosofía de la Ciencia por la UAM, tiene estudios de Doctorado en Epistemología e Historia de la Ciencia y Enseñanza en la Universidad de Alicante, España y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI).

¿Qué tiene preponderancia sobre qué: el ser hombre sobre el ser ciudadano o el ciudadano sobre el hombre? Salta a la vista que no resulta lo mismo ser hombre que ciudadano, pero también es de notar que alguna relación intrínseca habrá entre ambos para ubicarlos juntos en declaración tan importante. Si tomamos literalmente el título de la Declaración, el hombre vendría antes del ciudadano, por tanto, tales derechos tendrían que proteger lo que en nosotros antes hay de humanos que de ciudadanos, de lo contrario tendríamos que aceptar que sólo se adquieren derechos plenos como humano cuando se tiene la calidad de ciudadano. Sin embargo, esto que suena un poco descabellado, de hecho acontece en las innumerables humillaciones y violaciones que sufren los migrantes y refugiados que ciertamente siguen siendo humanos, pero que no gozan de los derechos de la ciudadanía, y que por la misma razón padecen la aplicación de un poder total sobre sus cuerpos y destinos. Habría pues que reconocer que ambos términos son autónomos y separables, es decir, de hecho, en la práctica lo son, pero la problemática de tal relación no termina ahí, lo complejo aparece cuando tratamos de indagar qué tipo de relación existe entre ambas condiciones.

No se trata de una relación lineal y simple, antes bien se trata de una que es a la vez incluyente y excluyente; es decir, es una relación que nos habla de la manera en que la vida del hombre –como vida biológica, desnuda, nuda o, trayendo cuenta el término griego, como *zōē*– se inserta dentro de la política, del derecho, de la polis. Para un filósofo como Giorgio Agamben, de hecho, los derechos humanos son fundamentales para la formación del Estado-nación moderno, en tanto son el mecanismo por el cual la vida biológica o *zōē* viene a instalarse al interior de la vida jurídico-política del Estado.

Pero parece llegado ya el momento de dejar de estimar las declaraciones de los derechos como proclamaciones gratuitas de valores eternos metajurídicos, tendentes a vincular al legislador al respecto de principios éticos eternos, para pasar a considerarlas según lo que constituye su función histórica real en la formación del Estado-nación moderno. Las declaraciones de derechos representan la figura originaria de la inscripción de la vida natural en el orden jurídico-político del Estado-nación. (Agamben, 1997: 138)

Lo anterior implica reconocer que entre vida y política no hay originalmente una relación de pertenencia sino de exterioridad; es decir, tal pareciera que entre ambas no hay una co-pertenencia natural ni obvia. La razón de tal exterioridad radica, de acuerdo a un filósofo como Agamben, en que desde los inicios de la Grecia antigua la separación entre *zōē* y *bíos* –entre la mera vida biológica, común a todos los seres vivos, y las formas de vida concretas, como la vida política– ha sido fundacional tanto para nuestra concepción de la vida, como para nuestra concepción de la política. Recordemos que para los griegos lo que nosotros entendemos por vida tendría el menos dos posibles sentidos: el designado por la palabra *zōē* y el designado por la palabra *bíos*.

Los griegos no disponían de un término único para expresar aquello que nosotros entendemos por la palabra vida. Ellos se servían de dos palabras que, si bien pueden ser retrotraídas a una etimología común, serían semánticamente y morfológicamente distintas: *zōē*, que expresaría el simple hecho de vivir, común a todos los seres vivientes (animales, hombres o dioses), y *bíos*, que indicaría la forma o la manera de vivir propia de un individuo o grupo (Agamben, 1997: 9).

Sería necesario aclarar que en el mundo clásico esta *zōē* o “vida biológica o desnuda” es excluida de la polis y confinada a la esfera reproductiva y doméstica, mientras que es la *bíos* del hombre lo que le permite formar parte de la vida política; así, el *bíos* nos habla ya de “formas de vida” concretas que permiten al animal viviente que es el hombre tener una existencia política, económica o social. Sin embargo, hemos dicho antes que la relación entre vida biológica (*zōē*) y vida política (*bíos*) es de inclusión y exclusión simultáneamente. Hasta este momento hemos apuntado sobre todo la parte que se refiere a la exclusión, hemos dicho que ya desde la Grecia antigua la *zōē* ha quedado separada de la vida política, valdría ahora la pena preguntarnos cuál es la razón de tal exclusión. Tal respuesta transita por derroteros cercanos a Foucault: la vida biológica es lo que está fuera de la polis porque es lo que más la amenaza, lo que de manera más irremediable podría poner en jaque la estabilidad, normalidad y homogeneidad de la vida política; es decir, es de la vida y sus avatares –enfermedades, crecimiento demográfico, mortandad, epidemias, embarazos, abortos, accidentes, incapacidades, etc.– de donde proceden

las mayores amenazas a la vida política, porque al final de cuentas la *zōē*, la animalidad que compartimos con otros seres vivos, sería ese estado informe, sin contenido concreto, salvaje –por ello siempre pura potencia– que violenta la vida política donde las “formas de vida” (*bíos*) tienen ya un contenido concreto, han sido informadas, normalizadas. Desde esta perspectiva la vida se instala en las antípodas de la política, porque es ella con sus avatares y peligros lo que descarrilaría todo intento de consolidar una vida política ordenada.

Los artículos primero y segundo

Sin embargo, esto no quiere decir que la vida quede irremediablemente fuera de la política; de hecho, el sino del Estado y la política moderna ha consistido en introducir la vida dentro del dominio político a través principalmente de dos mecanismos: a través de declaraciones –como la Declaración de los derechos del hombre y ciudadano de 1789– y a través de estrategias biopolíticas:

Sobre la primera podemos decir que en su primer artículo la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano reza que: Los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos, aseveración interesante porque marca sin cortapisas el paso de la vida biológica, el nacer, a la vida política o, al menos, al reconocimiento de derechos como la libertad y la igualdad; así, la vida biológica se desvanece de inmediato en la figura del ciudadano (Agamben, 1997).

El artículo segundo reza: La finalidad de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Tales derechos son la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión. Si reflexionamos con detenimiento sobre tales líneas encontraremos que sólo asociándose políticamente pueden los seres humanos conservar sus derechos naturales e imprescriptibles. De pronto todo lo natural en el hombre se convierte en contundentemente político, lo natural tiene que ver, así, ante todo, con prerrogativas que tienen poco de naturales y mucho de políticas –libertad, seguridad, propiedad y resistencia a la opresión–; pareciera entonces que sólo en la vida política la integridad humana y sus prerrogativas naturales pueden realizarse plenamente; con ello tendríamos que reconocer entonces, no sin cierta zozobra, que la

humanidad del hombre sólo se reconoce plenamente en su calidad de ciudadano, como perteneciente a una comunidad política. ¿Pero qué pasa con la humanidad cuando no se tiene tal calidad política?

En cuanto al segundo mecanismo, las estrategias biopolíticas nos hablan de todos aquellos dispositivos que despliega el Estado para tomar en cargo a la población y al individuo en tanto entidades biológicas, hablamos pues de la seguridad sanitaria, las campañas de salud pública, las campañas de vacunación, medidas de control demográfico, programas de educación sexual. Ambos mecanismos, las declaraciones de derechos y las estrategias biopolíticas, son la manera como el Estado incluye lo que de inicio estaba excluido: la vida. Pero valdría preguntarnos: ¿por qué de pronto es necesario incluir lo que de antemano estaba fuera? Quizá en virtud de que es una amenaza para la vida política; la respuesta al respecto también en cierta medida la ha dado Foucault: no puede dejarse meramente fuera lo que es tan amenazante para el poder político; de alguna manera tiene que incluirse, para estar cerca y no lejos, aquello que más intimida el orden de la *polis* (Foucault, 1997). Antonio Negri quizá lo ha dicho de una manera más poética al identificar esta vida nuda que amenaza la polis con un “monstruo” que tiene que ser, de alguna manera, aferrado.

Si el monstruo asedia al mundo, es preciso aferrarlo, aprisionarlo, enjaularlo. Si el monstruo está ahí, el poder debe ejercer la capacidad de aferrarlo; y si no tiene, o todavía no tiene, o ya no tiene la capacidad de destruirlo, debe desplegar el poder o bien ponerlo bajo control, o bien normalizarlo (Negri, 2007: 113).

Esta relación paradójica, que al mismo tiempo que excluye también incluye, vuelve a ser patente en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano: la relación entre el ser hombre y ser ciudadano; es decir, entre *zōē* y vida política o vida nuda y derecho, resulta paradójica porque es a la vez de inclusión y de exclusión; es decir, se reconoce al hombre como viviente, como mera vida por el hecho de nacer, pero este estatus que en el mundo antiguo quedaba sin más fuera de la vida política, en el caso del Estado moderno es inmediatamente reabsorbido por la calidad de ciudadano, por la vida política. Así, si los derechos que pueden reconocerse en el hombre tienen su fundamento en la vida biológica, en el hecho de nacer

humano, tal estatus paradójicamente queda absorbido de inmediato por el estatus del ser ciudadano.

Sin embargo, sólo erróneamente podríamos pensar que esta absorción de la vida biológica por la vida política, del ser hombre por el ser ciudadano, hace desaparecer a la vida biológica, bien al contrario, queda latente siempre la posibilidad de excluirla, de volver a plantear la escisión, de volver a ubicarla como externa a la vida política. De hecho, para Agamben, el Estado moderno ha hecho necesario que la vida biológica o *zōē* siempre se encuentre puesta al borde de la exterioridad, como comodín que puede incluirse o excluirse de acuerdo a lo que demanden las circunstancias. El ejemplo expuesto antes, la situación de los refugiados, es ilustrativa al respecto, ya que en calidad de inmigrante un hombre conserva su vida biológica, su calidad de hombre, aunque sus derechos como ciudadano sean restringidos, de ahí que pueda ejercerse sobre ellos –sobre sus cuerpos y destinos– un poder casi ilimitado.

Otro ejemplo al que podemos recurrir, y que está muy ligado al anterior, es la reciente pululación de organizaciones “humanitarias” que tratan de proteger precisamente a aquellos cuya vida biológica ha sido separada de sus derechos políticos, como es el caso nuevo del refugiado, pero también del comatoso, del perseguido político, del condenado a muerte, etc. Sin embargo, tales organizaciones en su invaluable labor terminan haciendo patente la escisión entre lo humano y lo político, ya que no sería necesario luchar por el respeto a la dignidad de tales individuos si no se asumiera de antemano una escisión radical entre su estatus humano y su estatus político. Aquí el caso de los refugiados resulta otra vez paradigmático, sobre todo en los países que tienen leyes de “desnaturalización” que permiten despojar a los inmigrantes de sus derechos políticos, dejándoles tan sólo reducidos a su vida nuda.

Junto a la irrupción en el escenario europeo de refugiados y apátridas, el fenómeno más significativo en esta perspectiva es la contemporánea introducción en el orden jurídico de muchos estados europeos de normas que permiten la desnaturalización y la desnaturalización en masa de los propios ciudadanos (Agamben, 1997: 143).

En este rubro la situación de los migrantes mexicanos en Estados Unidos se torna paradigmática, las recientes medidas aprobadas en diversos estados de dicha nación no hacen más que subrayar la escisión entre lo humano y lo político, haciendo de éste último el ámbito donde se alcanza verdaderamente el reconocimiento y el respeto a los derechos humanos; es decir, los migrantes viven en carne propia que sólo la ciudadanía les otorga el verdadero reconocimiento en sus derechos como humanos.

Pero ha llegado la hora de preguntarnos qué es lo que permite esta relación de exclusión-inclusión entre la *zōē* y la *bíos*, entre la vida biológica y la vida política; qué se produce, qué se logra al separar a la primera de la segunda. Retomando de nuevo a Giorgio Agamben, tenemos que al separar la vida biológica de la vida política es posible ejercer un poder sin límites sobre aquel en lo que se ha aplicado dicha separación; es decir, el refugiado, el condenado a muerte, el prisionero del campo de concentración; aquellos en los que se ha separado la vida biológica o *zōē* de la vida política o *bíos*, por lo tanto, se encuentran en un estado de vulnerabilidad sin límites; es decir, pueden ser presa de un poder sin límites. Quizá el caso más extremo de tal separación se encuentra en el campo de concentración, donde precisamente los judíos fueron primeramente desnacionalizados y luego reducidos a pura vida biológica o *zōē*, con lo cual podían ser objeto de las atrocidades más extremas sin violar la ley; Agamben llamará a estos personajes “homo sacer”, hombres sagrados o sacrificables, en tanto pueden ser puestos a muerte sin cometer homicidio. Detengámonos un poco en la situación especial del campo de concentración, espacio de producción incesante de la escisión que redefine a cada instante los límites entre la mera vida biológica y la vida ciudadana o política.

El musulmán y el campo de concentración

La expresión máxima del homo sacer la encuentra Agamben en el campo de concentración nazi y más concretamente en la figura del “musulmán”, entidad extrema y máximo ejemplo de la producción de la mera vida biológica separada de la vida política. De hecho, el judío del campo de concentración apelaba a una especie de indistinción radical entre la vida y la muerte, entre lo animal y lo humano. Auschwitz,

es precisamente el lugar donde los límites entre lo humano y lo inhumano se borran y las barreras entre la vida y la muerte se hacen difusas.

De acuerdo al testimonio de Primo Levi,¹ a veces se podía vislumbrar una extraña figura que frecuentemente se encontraba por los rincones del campo de concentración: el musulmán. Se llamaban “musulmanes” a los internos que eran reducidos –a través del hambre, los golpes, las vejaciones, las condiciones crueles de la vida– a sus expresiones biológicas más básicas. Se les decía “musulmanes” por la posición que tomaban sus cuerpos, quizá producto del frío y la desnutrición: sentados con las piernas cruzadas y doblados sobre sí mismos solían mecerse continuamente para poder calentarse. Aparte de este movimiento el musulmán no reconocía ni saludaba a nadie, defecaba en el mismo lugar en el que se encontraba sentado y había prácticamente renunciado a cualquier contacto con el exterior: El musulmán deviene una improbable y monstruosa máquina biológica, que ha perdido no sólo su conciencia moral, sino hasta su sensibilidad y excitabilidad nerviosa (Agamben, 2003b: 60).

El resto de los internos solían expresar una verdadera aversión contra el musulmán, quizá porque les recordaba en qué podían convertirse, pero sobre todo porque les hacía reparar en que en tal estado toda forma de resistencia, de escape, estaba clausurada; que tal estado era como abandonar sin retorno la humanidad y, por ello mismo, ser objeto de un poder y un sometimiento sin fin, sin posibilidad de resistir. La pregunta que se hace Agamben retomando a Levi es: ¿Qué eran los musulmanes? ¿Eran humanos aún o habían perdido su humanidad? ¿Habían sido reducidos a pura *zōē*, a pura vida nuda? El musulmán marcaría a su manera extrema el umbral móvil en el que el hombre oscila hacia el no hombre (Agamben, 2003b: 49). Pareciera que en el musulmán lo humano y lo inhumano se hacen indiscernibles, indiferenciados; sin embargo, Agamben nos recuerda que no es necesario estar en un campo de concentración para estar en tal estado; de hecho, bajo el paradigma del “estado de excepción” todo individuo puede acercarse y, en el extremo, asumir tal estado de indiferenciación; tal estado es cada vez menos excepcional y cada vez

más cotidiano: Lo que tenemos ante nuestros ojos hoy es una vida expuesta como tal a una violencia sin precedentes, pero precisamente en las formas más profanas y triviales (Agamben, 1997: 125).

Pero volvamos de nuevo a la relación paradójica –de exclusión e inclusión– que existe entre el hombre en tanto ser vivo y el hombre en tanto ser político, en tanto ciudadano. Al respecto, el campo de concentración nos recuerda que la vida nuda o biológicamente indiferenciada aunque está antes o fuera del derecho y la política, no por ello está fuera de los efectos del poder, todo lo contrario, es precisamente por estar fuera que queda más enérgicamente incluida. Este estar incluido en virtud de la exclusión que caracteriza a la vida nuda o biológica, es otra forma en que se hace patente el estado de indiferenciación que hemos mencionado: a la vez fuera y dentro del derecho. En este sentido, los prisioneros de Guantánamo o del campo de concentración nazi son una extraña entidad que habita una amplia zona de indiferenciación en la que es indistinguible lo humano de lo inhumano, la vida a secas de la vida humana, pero este estado de indiferenciación es posible sólo porque de inicio la vida biológica ha sido separada de la vida política; es decir, dichos prisioneros primero tuvieron que ser desposeídos de cualquier derecho político y ciudadano, por ende fueron reducidos a su mera vida nuda y, a partir de ahí, el poder ilimitado que puede ejercerse sobre ellos puede llegar a hacer indistinguible lo que en ellos hay de humano y de no humano, lo humano y lo animal.

Ahora bien, el campo de concentración es el lugar donde todo ser humano puede ser reducido a pura *zōē* y, por ende, vuelto masa informe, vida virgen abierta a ser moldeada. Ahí estriba precisamente la importancia del campo de concentración, en tanto auténtica fábrica de formas de vida al gusto del poder soberano, normalizadas y funcionales al poder que las conforma. Así, el campo de concentración se vuelve una auténtica “máquina antropológica”, máquina que produce, redefine y reactualiza a cada instante lo humano, lo que significa ser humano, aislando lo no humano de la humanidad: “la máquina antropológica de los modernos funciona excluyendo fuera de

¹ Nació en Turín en 1919 y murió en 1987. Químico judío italiano que sobrevivió al campo de concentración de Auschwitz, de esta experiencia se derivan sus diversos trabajos ensayísticos y literarios como *Si esto es el hombre* (2003), *Los hundidos y los salvados* (2004) y *Si no es ahora ¿cuándo?* (2007), entre otros.

sí como no (aún) humano lo ya humano; es decir, animalizando lo humano, aislando lo no humano en el hombre (Agamben, 1997: 59).

En otras palabras, tal parece que en el mundo moderno saber qué es lo humano necesariamente nos remite a esa máquina antropológica que en cada momento ha tratado de asir lo humano excluyendo lo inhumano de ello; es decir, tratando de aprehender lo propio de la *bíos* humana, excluyendo su *zōē*. Pero no sólo el campo de concentración, hay muchos otros dispositivos y espacios que cumplen la misma función, fungen como máquinas antropológicas que a cada instante están produciendo la escisión entre lo humano y lo inhumano, entre la mera vida biológica y la vida política; por ejemplo, la sala donde los médicos se reúnen para determinar la escisión entre *zōē* y *bíos* y, así, decidir si el comatoso debe o no ser desconectado; también el retén militar de la carretera donde entramos en una verdadera zona de indiferenciación, donde en cualquier momento podemos ser separados de nuestra calidad de ciudadanos y ser reducidos a nuestra vida biológica, a puro cuerpo puesto a ser sometido. Podríamos decir que este papel de "máquina antropológica" también lo cumple en cierta medida la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en tanto en ella se vuelve a reproducir la escisión entre el ser hombre y el ser ciudadano; en tanto en ella parece reconocerse una distancia entre la vida biológica (por el hecho de nacer) y la vida política (el ser ciudadano). Hemos visto que es precisamente tal escisión lo que también ha dado paso a que el ser humano sea reducido a su mera *zōē* y, por ende, pueda ser objeto de las más extremas y crueles torturas. Lo anterior en ningún sentido invalida la fundamental importancia del papel que juega tal declaración, tan sólo nos permite atisbar las posibles aporías que puede contener tal documento, lo cual nos invita a reflexionarlo sin dogmas ni cegueras.

Algunas paradojas

Lo dicho no apuesta, sin embargo, a establecer que la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano es inservible o innecesaria, más bien, la intención del presente trabajo ha sido exponer algunas de las posibles paradojas que pueden encontrarse en tal declaración, lo que puede dar lugar a los equívocos que están en la base de muchas de las peores muestras

de poder y barbarie a lo largo de la historia del mundo moderno. Resumamos cuáles son algunas de estas notas paradójicas:

La primera, en el propio título de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano encontramos lo que parece una relación poco clara entre el ser hombre y el ser ciudadano: si se es primero hombre que ciudadano, ¿por qué parece que sólo se puede salvar la integridad del hombre cuando se reconocen los derechos del ciudadano? Por ende ¿qué queda de los derechos del hombre si no se es ciudadano? Por tanto, ¿podríamos afirmar que la humanidad, de la que forma parte nuestra vida biológica, sólo se alcanza más allá de lo meramente humano, en la ciudadanía? En suma, ¿sólo la ciudadanía nos permite reconocernos como plenamente humanos?

¿Qué tipo de relación existe entonces entre vida biológica y vida política? Tal relación es, como ya dijimos, paradójica, es a la vez de inclusión y exclusión; en tanto si de inicio la *zōē* está fuera de la vida política, sólo lo está para ser introducida después de manera más contundente bajo el dominio del poder político, sea bajo las declaraciones de derechos que hacen del nacer un evento inmediatamente político, sea bajo estrategias biopolíticas de control de los cuerpos y gestión de las poblaciones. Tal relación de exclusión incluyente sólo contribuye a conformar un reservorio de vida biológica sobre la cual se puede decidir más allá del derecho, así como ejercer un poder total sobre los cuerpos. Recordemos tan sólo al prisionero del campo de concentración: desnacionalizado y desposeído de sus derechos de ciudadano, es reducido a su vida biológica sobre la cual se puede actuar en total impunidad, a quien se puede dar muerte sin cometer homicidio.

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano reproduce paradójicamente un movimiento que puede socavar sus intenciones originales al reproducir la escisión entre *zōē* y *bíos*, entre la vida del hombre y la del ciudadano. Hemos visto que tal separación está en la base de muchos de los eventos más atroces en la historia de la humanidad, en tanto si es posible escindir la vida de la ciudadanía, la primera siempre queda a merced de un poder total, sin límites ni acotaciones.

Queda por saber, pues, ¿qué hacer ante tal situación? La primera respuesta insiste en que tal reflexión no cuestiona la importancia de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano; la segunda nos invita a reflexionar sobre cómo trascender tal escisión entre lo biológico y lo político, que como hemos visto se reproduce en tal declaración, y que en otros ámbitos ha dado lugar a la existencia de zonas de indeterminación, del homosacer, de la reducción de lo humano a su vida biológica.

Aquí volvemos a recurrir a una idea que Agamben expresa en obras como: *La comunidad que viene* (2006), por qué no pensar en una comunidad donde no sea necesario separar el ser hombre del ser ciudadano, donde no sea posible separar la *bíos* de la *zōē*, una vida que conserve a la vez la potencia de la *zōē* y la forma de la *bíos*, que sea a la vez apertura y posibilidad a la vez

que expresión concreta pero no definitiva de formas de vida; es decir, una vida que se niega a ser separada, justificada o reparada, que sea el vivir mismo, donde la vida de cada hombre no gane nada frente a la vida del ciudadano, que ser humano no tenga que completarse en la perspectiva de pertenecer a una nación, que se valga por la vida misma. Es claro que una concepción tal tendría que implicar un replanteamiento de nuestra idea de lo que es el hombre y de lo que no es, de la animalidad, de lo inhumano. En este talante, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano ni es algo no banal ni inútil, pero debe ser en ella misma donde deba replantearse esta escisión que permita pensar en, por qué no, una humanidad que no necesite justificarse en la nación, la polis o la ciudadanía para adquirir toda su importancia, toda su dignidad. ☩

Referencias bibliográficas

AAVV (2008). *La Déclaration universelle des droits de l'homme: Chaque article commenté à la lumière de l'actualité*, Paris: J'ai Lu.

Agamben, Giorgio (1997) *Homo sacer*, Paris: Seuil.

Agamben, Giorgio (2003a) *Etat d'exception*, Paris: Seuil.

Agamben, Giorgio (2003b) *Ce qui reste d'Auschwitz*, Paris: Seuil.

Agamben, Giorgio (2006) *La comunidad que viene*, Valencia: Pretextos.

Foucault, Michel (1997) *Il faut défendre la société*, Paris: Seuil-Gallimard.

Levi, Primo (2003) *Si esto es un hombre*, Madrid: Muchnik.

Levi, Primo (2004) *Los hundidos y los salvados*, Madrid: Muchnik.

Levi, Primo (2007) *Si ahora no ¿cuándo?*, Madrid: El Aleph.

Negri, Antonio (2007) *"El monstruo político. Vida desnuda y potencia"*, Buenos Aires: Gilles.

Deleuze, Michel Foucault et.al *Ensayos sobre biopolítica*, Buenos Aires: Paidós.



Ética, moral, ética médica y bioética

Jesús Luis Rubí Salazar *

Resumen

El término “bioética” fue utilizado por primera vez por Van Rasselén Potter y Daniel Callahan hace poco más de cuarenta años. Con este término aludía Potter a los problemas que el inaudito desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores. La bioética surge por tanto como un intento de establecer un puente entre ciencia experimental y humanidades. De ella se espera una formulación de principios que permita afrontar con responsabilidad las posibilidades enormes, impensables hace solo unos años, que hoy nos ofrece la tecnología. El trabajador de la salud, cualquiera que sea la función que desempeña, no puede continuar su labor sin detenerse a reflexionar sobre lo que los conceptos de moral, ética, ética médica y bioética aportan a su quehacer cotidiano.

Introducción

En las últimas décadas las ciencias médicas han avanzado considerablemente en el conocimiento de la vida humana y de los estadios iniciales de su existencia. Se ha llegado a conocer mejor la estructura biológica, mental y social del hombre y el proceso de su génesis. Estos avances son ciertamente positivos, y merecen apoyo, cuando sirven para mantener sanas a las personas o bien para controlar o curar patologías, o cuando se coadyuva a restablecer el desarrollo de los procesos naturales regenerativos. Sin embargo, se debe estar alerta, pues se puede llegar a lesionar la dignidad de

la persona, cuando se adoptan finalidades contrarias al bienestar integral del hombre, por lo que se debe actuar con responsabilidad profesional, ética y social. Como vemos entonces, la ética debe formar parte de lo cotidiano en el quehacer médico.

El presente ensayo trata sobre una reflexión personal e inicial a los problemas de índole conceptual sobre los términos básicos de la ética, moral, ética médica y bioética; así como de algunos otros de uso frecuente en estas disciplinas dentro del campo de la medicina, los cuales pueden ser de importancia relevante para quienes quieren comprender y enriquecer su conocimiento en esta materia, conocimiento que puede mover a la reflexión para llevar a un cambio en la conducta durante el ejercicio de las funciones de salud.

Problema

Los signos de desintegración en nuestra época son muy evidentes. En cualquier parte del mundo se producen guerras, luchas sociales, crisis económicas y políticas, robos, homicidios, suicidios y desarrollo de intereses hegemónico capitalistas, competencia, consumismo y falsos valores que se han introducido por doquier y que conducen a la persona más al “hacer” y al “tener”, que al propio “ser” y su relación con los otros. Paradójicamente, nuestra civilización, hoy más que nunca, se enfrenta al peligro de su propia destrucción y la de su ambiente.

* El doctor Jesús Luis Rubí Salazar es coordinador de Salud del Instituto de Salud del Estado de México y presidente de la Comisión de Bioética del Estado de México, tiene la especialidad y maestría en Medicina Legal, en Salud Pública y la especialidad en Administración de Hospitales.

Muchos de estos actos han permeado en el comportamiento del personal de salud, y que se traduce en un incremento de múltiples quejas cotidianas de los usuarios de nuestros servicios de salud ante instituciones defensoras de los Derechos Humanos, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México, en busca de una mejora en la calidad del servicio.

Desarrollo conceptual

La Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM) considera que la ética debe ser el marco conceptual de inspiración y de referencia para todas las acciones concernientes a la formación, ejercicio y desarrollo de las profesiones médicas. Ética y medicina están ineludible e indisolublemente vinculadas desde sus orígenes en la historia de todas las civilizaciones; la incesante evolución de las formas de vida y de asociación humanas impone revisiones permanentes de enfoques y normas. El progreso científico alcanzado en etapas sucesivas, desde la medicina predominantemente clínica y el arrollador impulso tecnológico de las últimas décadas, deben ser concertados de manera que el humanismo esencial que caracteriza a la profesión médica no sea desvirtuado.

Moral

El término procede del latín “mos” o “mores” que significa: costumbres humanas, que se han formado a través de la aceptación o imposición de normas o reglas adquiridas por hábito. Son costumbres que se traducen como un conjunto de normas aceptadas libre y conscientemente, que regulan la conducta individual y social de los hombres.

El vocablo moral, usado como adjetivo, se emplea en la conversación corriente como sinónimo de lo psicológico o lo perteneciente al espíritu, por oposición a lo físico o corporal. Así se habla de una pena moral, de satisfacción moral, valor moral, etc. En la misma forma, se habla de la influencia de lo físico sobre lo moral y viceversa, para indicar ciertos fenómenos inseparables de la unión sustancial del alma y del cuerpo en el hombre. También usamos las expresiones: certeza moral, necesidad moral, etc., al referirnos a ciertas formas de conocimiento

al cual no podemos exigir la exactitud y rigor de las ciencias físicas y matemáticas, según fue expuesto por la lógica. Como opuesto a lo inmoral o amoral, el término moral es sinónimo de bueno, e indica la conformidad de una acción con un principio ideal o con una ley obligatoria. En este caso, una acción moral sería una acción buena. Se trata, pues, de un código moral elaborado por la comunidad, cuyos principios u obligaciones tienen el carácter de imperativo categórico (Vargas M. S., 1980).

Ética

Es la ciencia o teoría del comportamiento moral de los hombres en sociedad. Proviene del griego *ethos* que significa “modo de ser o carácter de una persona”, donde carácter y costumbre denotan un modo de conducta.

El objeto de estudio de la ética es el comportamiento o conducta moral de forma racional, objetiva, responsable, libre, conciente, comprometida y crítica. La filosofía le da a la ética un sentido y significación según la corriente ideológica que los filósofos han propuesto en su momento histórico, como un intento del espíritu humano para llegar a una concepción del universo a través de la reflexión sobre sus funciones valorativas, teóricas y prácticas (Millán, 1998). Dentro de la medicina, se ocupa especialmente del comportamiento de las personas que se encargan del cuidado de la salud de los enfermos. Cuando hablamos de ética en la medicina nos encontramos con un problema que se refiere a la denominación de la misma. Esta materia se ha enriquecido con el aporte de otras ciencias adquiriendo hoy un verdadero enfoque multi y transdisciplinario.

El estudio de la ética implica necesariamente que se asuman los siguientes lineamientos: acercarse al complejo fenómeno del comportamiento y conciencia humana, en lo que atañe a la responsabilidad, obligaciones y deberes que coadyuve al análisis de la reflexión moral. Emitir juicios de valor que sean congruentes con el comportamiento que libre y conscientemente haya adoptado el individuo como sujeto de la moral, y asumir una actitud responsable y comprometida ante la comunidad y ante uno mismo.

Ética médica

Es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes. Son todos aquellos principios deontológicos que rigen los actos del médico. Se considera que este concepto es mucho más amplio, ya que debe adoptarse bajo el enfoque de una medicina integral, es decir en lo físico, mental y social y no solamente en el acto clínico de la relación médico paciente, tal y como lo ha venido manejando la bioética. Por lo tanto, la ética médica comprende a todos los problemas éticos de las profesiones de la salud, aquellos derivados de la investigación, los problemas sociales de la salud pública y del ambiente (Rivero, 2006).

Todos los médicos y trabajadores de la salud estamos regidos por deberes éticos en los servicios y en la actitud profesional; recordando que la medicina consiste en mantener y conservar el estado de salud, con la participación activa del individuo en el cuidado de su salud y el estudio sistemático de las relaciones entre los riesgos sociales, psicológicos y biológicos que determinan la distancia en salud y enfermedad, con un enfoque integral y humanista de la tarea asistencial; todo ello en un marco ético sanitario que busca una medicina preventiva, asistencial educativa y de investigación científica que busca siempre el beneficio de una sociedad.

Bioética

La bioética es un concepto de actualidad entre la biología y la ética, cuyo término fue acuñado en Estados Unidos por Van Rassel Potter en 1970. Está formada por dos palabras griegas: *bíos*, que significa vida, y *éthos*, costumbre. Etimológicamente es la ética de la vida. La bioética es la ciencia que regula la conducta, en el campo de la vida y la salud, a la luz de los valores y principios morales racionales.

Los principios bioéticos no representan una limitación a la libertad personal, ni deben considerarse como cortapisas al progreso científico-tecnológico y menos que dificulten la honrada posesión de las ciencias. Son guías de apoyo a la finalidad vocacional médica, en el marco óptimo del bien hacer.

La bioética se refiere a la conducta moral y a la responsabilidad científica frente a los derechos de los seres vivos, del medio ambiente y de respeto a la dignidad humana en su medio socio-cultural y condiciones circunstanciales.

Tiene las siguientes características:

Es humana: pues concierne directamente a la vida y la salud del hombre, e indirectamente al entorno en el que vive.

Es racional: regula las intervenciones según valores morales, fundados en la dignidad de la persona humana.

Es universal: válida para todos los hombres sin distinción de cultura o religión, porque está fundada únicamente en la racionalidad humana.

Es interdisciplinaria: se sirve de la colaboración de todas las disciplinas implicadas: biología, medicina, derecho, filosofía, etcétera.

La bioética se ocupa de los valores y de los principios éticos generales (filosofía moral) y en la operatividad se aplican, los principios generales a temas y casos concretos, bajo el perfil biológico, médico, jurídico y ético. El problema del futuro del hombre como especie biológica y como ente específicamente espiritual reside en que no solamente constituye un ser natural, sino también un ser humano. La naturaleza peculiar del ser humano consiste en la realización de su esencia, que no es otra cosa que la creación de valores. El mal radical en el hombre de nuestro tiempo en vivir alejado de sí mismo, volcado hacia el exterior, cuando en realidad debe emprender el camino contrario, esto es volver a su morada interior. El hombre, más que un hecho, constituye un desarrollo, un llegar a ser, un proceso de humanización que a través de las distintas etapas de la historia se hace cada vez más hombre. El humanismo significa volver los ojos sobre los valores de la cultura, percatándose de que si hay algo que para el hombre merezca ser utilizado y comprendido, ese algo es el hombre (Hernández Arriaga, 2002).

Discusión

La bioética se ocupa no solo de aspectos teóricos y prácticos de la medicina, sino de todo lo relacionado con la vida; no sólo del ser humano, sino de todas las especies vivas, del entorno y de la biodiversidad del planeta tierra. Incluye, asimismo, las reflexiones teóricas y filosóficas sobre los nuevos conocimientos médicos y la manera cómo ha cambiado la medicina las implicaciones de la medicina genómica, el destino de embriones logrados in vitro no utilizados en fecundaciones, los estudios sobre la clonación con fines terapéuticos y muchos otros temas teóricos que modificarán el modo de ejercer la medicina, hasta asuntos prácticos como la sobreutilización de recursos tecnológicos, la sobre administración de la medicina, entre otros problemas. Sin embargo la bioética y la medicina continúan teniendo un enfoque predominantemente de tipo biológico e individualista (López Acuña 2000).

Los problemas inherentes a la ética en el ejercicio de la medicina son diversos y en consecuencia es necesario distinguir la responsabilidad ética del médico de la que corresponde a quienes diseñan los servicios públicos de salud, de los empresarios de la administración han creado grandes consorcios de atención médica, los cuales, más que comercializar la medicina han originado toda una industria que no tiene como objetivo fundamental la atención de la salud de los pacientes, sino la productividad, por lo cual el médico se convierte en un recurso tanto más estimable cuanto mayor sea su capacidad para atender al mayor número de personas y de emplear de manera intensiva los recursos e instalaciones de las unidades hospitalarias. Surge así el problema de juzgar si un procedimiento médico, la atención de un paciente ya sea en el consultorio, en la casa del enfermo o en el hospital son éticos. Por lo que se sugiere deben apegarse a los cuatro grandes conceptos aceptados universalmente por los pensadores de la actualidad debiendo procurar: el beneficio del paciente; no perjudicar al paciente; la justicia en la administración de los recursos y la equidad del sistema médico, que incluye respetar la autonomía del paciente (Hernández, 2002). El filósofo David Ross establece solo tres de los principios que hacen las veces de leyes morales en ética médica con carácter general: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Otros autores incluso agregan también el

consentimiento informado en la práctica médica. Pero es necesario retomar la diferencia entre ética y moral, por que se pone en juego toda una concepción del bien y del mal, así como toda una forma de habitar el mundo y de valorar las capacidades propiamente humanas, tales como el pensamiento crítico y la libertad.

Decíamos que la moral de una sociedad son un conjunto de costumbres que han sido elevadas a nivel de normas y que se asumen como el marco regulativo. Desde esta perspectiva, una moral pide "seguidores"; requiere individuos que la hagan suya sin cuestionarla, y por esta misma característica tiene ciertos rasgos gregarios (dícese del que sigue servilmente las iniciativas o ideas ajenas). De hecho, no hay una sola moral, sino que existen diferentes morales, pues éstas varían a través del tiempo y del espacio, en consecuencia, no son inmutables, sino que cambian. Dicho en términos diferentes: la moral no es sinónimo de "bueno", sino que denota si una acción puede ser juzgada como buena o mala, de acuerdo con las costumbres vigentes. Un individuo falta a la moral cuando no sigue las reglas que la sociedad, del partido, del Estado, la Iglesia, o en general, las normas que el mundo exterior le impone. La ética viene a ser el pensamiento filosófico sobre la moral; la acción ética a diferencia de la acción moral implica una reflexión, una interiorización y, por lo mismo, exige que la persona tenga la valentía necesaria para ser auténtica. En contraste, la moral no exige tanto, sino tan sólo su cumplimiento. La ética demanda que el individuo tenga el valor necesario para someter a juicio la moral vigente, requiere que éste sea capaz de romper con ella –si al analizarla encuentra que carece de fundamentos– y crear algo nuevo (Lulas, 2003).

Sin embargo, Dussel, en su texto *Filosofía Ética Latinoamericana*, hace un planteamiento diferente sobre la moralidad de la praxis, que debe reflexionarse alrededor de la legalidad de la injusticia, la maldad moral de la praxis dominadora, el ethos de la dominación, la libertad metafísica del otro y la negatividad; la bondad moral de la praxis liberadora, el ethos de la liberación y el método de la ética. La ética por la liberación es una filosofía alternativa que trata de volcar al servicio de una praxis popular revolucionaria con todo el acervo de la filosofía de todos los tiempos, bajo un criterio real para justificar la moralidad de la praxis de la liberación del oprimido, y contra lo que pensaba la moral del sistema

dominante. La praxis ilegal no es mala si la ley es injusta. Las éticas del pasado eran éticas de la ley que aplaudían a los héroes pasados, vivían sobre sus glorias y mataban, y siguen matando, a los héroes presentes de las patrias futuras. Esta anti-ética se levanta, con conciencia, contra todas ellas y las declara inmorales. Una filosofía de la liberación del hombre nuevo y de la nueva filosofía de este hombre. En pocas palabras se requiere que cada ser humano tenga la firme determinación de ser libre, no sólo para elegir, sino para comprometerse con sus propias creaciones, con los valores que deduce y escoge (Dussel, 1980).

En conclusión, el ser humano moral que conoce las normas y las acata de manera inmediata no pone de por medio la reflexión; no razona, sólo se limita a obedecer. En cambio entre el individuo ético y sus actos, existe el cuestionamiento, la deliberación, la libre elección y el compromiso. Dicho en palabras de Kant, la moral es heterónoma, ya que los individuos que la aceptan siguen múltiples normas sin someterlas a un juicio crítico, mientras que la ética es autónoma, pues el individuo debe crear gracias a sus capacidades intelectuales, a sus propios valores e imponerse a sí mismo una ley autónoma tomando en cuenta las limitantes de toda acción. El médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es el bien y el mal. El médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina. El proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las

implementa debe ser sistemático, consistente con el bien de los pacientes y respetando su cultura. Ha de tenerse en cuenta que un firme sistema de valores y principios es indispensable cuando se quiera adoptar una resolución razonablemente ética. Sin duda, tener conciencia de lo que es valioso moralmente para facilitar el cumplimiento del deber. Pero aun así y por todo lo anterior, debe enfrentarse incluso con la condena social cuando su actuar trasciende las cuatro paredes de su consultorio, y la presunta ilegalidad de un acto que se intenta descubrir, deja lugar a la inmoralidad y la supuesta mala praxis médica, y ahí vuelven a confundirse todos los términos. La mala praxis se dará en la órbita del ejercicio de la medicina, por lo que todo el personal de salud en servicio, en cierta forma está regido por obligaciones ante los problemas humanos, éticos y profesionales. El hecho de que esté involucrado en la práctica de la medicina y la salud, deberán cobrar más conciencia en la relación con los pacientes o usuarios que acuden a las unidades médicas o en general con todos los habitantes de este planeta para promover el cambio que coadyuve a implementar una cultura de la salud y no de la enfermedad como se ha venido manifestando, lo cual representará un paso adelante en la búsqueda de soluciones para el ser humano y la misma naturaleza. No podemos continuar como simples espectadores, pues los cambios sólo se lograrán si hay claridad de ideas y el convencimiento de que el esfuerzo que se haga será para mejorar y continuar viviendo en este planeta. De esta manera, las disertaciones sobre este tema no quedarán sólo en palabras. ☩

Referencias bibliográficas

- Dussel, E. (1980) *Filosofía Ética latinoamericana*. Tomo IV. Bogotá: Editorial C.E.D.
- Hernández, A. J. L. (2002) *Bioética General*. Cap.2. "Definición e Historia de la Bioética". México: Manual Moderno. pp. 15-30.
- Krishnamurti, (1975) *Ante un Mundo en Crisis*. México: Orión. pp. 7-17.
- López Acuña, D, P. Brito, P. Crocco, A. Infante, J. M. Marín, J. L. Zeballos, (2000) *Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la Salud de las poblaciones*, *Revista panamericana de la Salud pública*, Vol. 8.
- Lulas, L. R. (2003) *Bioética Para Todos*. México: Trillas. pp. 7-25.
- Millán O. P., Nava A. F. y Millán O. B.L. *Ética*. Universidad Autónoma del Estado de México, 1998. pp. 17-32.
- Rivero, S. O. y S. R. Paredes, (2006) *Ética en el ejercicio de la medicina*. primera edición. México - Bogotá - Buenos aires - Caracas - Madrid - Sao Paulo: Editorial Médica Panamericana.
- Vargas, M. S. (1980) *Ética o Filosofía Moral*. México: Porrúa pp. 21-33.





Bioética, ¿quo vadis?

Octaviano Domínguez Márquez *

Desarrollo de la bioética

En tanto se inicia la comprensión del cometido de la bioética, ya estamos preguntando adónde va. Son muchas las interrogantes respecto al camino que sigue la bioética, en nuestro país, en Latinoamérica y en el mundo.

En poco más de treinta años, los conocimientos nuevos, generados por la clara percepción de la advertencia de sobrevivencia de Potter respecto a la amenaza para la humanidad del anárquico desarrollo de la ciencia y la tecnología han sido abrumadores. Sin embargo, como primera conclusión a priori, esos conocimientos aún no han sido suficientes para hacer de la bioética una ciencia.

Se desarrolla como una disciplina de disciplinas, integrando un modelo multi e interdisciplinario, con la característica particular de aplicar de manera intrínseca la transdisciplinaridad, en un sentido metodológico y explicativo al mismo tiempo, para definir su composición natural que toma de la filosofía, del derecho, de la medicina, la ecología y las ciencias sociales como la antropología y la sociología.

Lolas habla de una bioética como el diálogo moral en las ciencias de la vida, en una síntesis de su composición ya señalada y de la dinámica que la hace peculiar, el diálogo –como instrumento social

fundante del discurso bioético– en el campo crítico de nuestra actualidad, la moral (Lolas, 1998).

Es interesante mencionar la aparición de la corriente principialista, desprendida del famoso Informe Belmont, como un marco teórico indispensable para que de ahí se sostuvieran pensamientos teoréticos de bases dogmáticas o de gran apertura liberal. En más de una veintena de años, la mayoría de los artículos y publicaciones iniciaron su planteamiento con la invocación de los llamados “principios”: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (sólo ésta es verdaderamente un principio). Fue un impulso natural por atrapar el episteme de la bioética y por sentir seguridad en fundamentos que no habían sido entresacados de las entrañas caducas del viejo modelo filosófico.

Beauchamp y Childress, los autores del libro de mayor demanda en la historia de la bioética *Principles of Biomedical Ethics*, estuvieron de acuerdo en su quinta edición respecto a que los denominados principios nunca tuvieron la jerarquía como tales y tampoco permitieron, como se había pretendido, que se manejaran en relación a una evaluación entre ellos mismos para elegir el de mayor importancia o predominio en la delicada toma de decisiones ante problemas éticos importantes; además generalmente son tributarios de un comité asistencial de bioética.

* El doctor Octaviano Domínguez Márquez, es presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C., es médico, cirujano y partero, especialista en pediatría médica, con maestría en Bioética y doctorado en Ciencias en Bioética, ha realizado su estancia doctoral en la Universidad Complutense de Madrid, España. Tiene publicaciones nacionales e internacionales. Actualmente es coordinador de la Maestría en Ciencias en Bioética, en la Escuela Superior de Medicina del I.P.N. y es miembro de varios comités de ética de la investigación.

Lo importante de esta elemental observación es que los auténticos principios no tienen “antes” y la autonomía se desprende del amplio campo de la libertad, la beneficencia del bien y la no maleficencia de evitar el mal.

En esta apretada síntesis del devenir de la bioética sobresalen aspectos importantes, como reconocer que esa disciplina colmada de valores se desarrolla en una sociedad en descomposición, imperialista, opresiva, de explotaciones sin fin, dueña y gendarme del mundo occidental. Pero que la filosofía intrínseca de la bioética, ante la inmensa necesidad, en la precariedad de valores de las sociedades del mundo, se propaga como incendio en yesca seca. Rápidamente es adoptada en Europa y mejorada su interpretación por una corriente que no ataca las posturas dogmáticas de militancia religiosa, en un laicismo impecable. Sí se opone al utilitarismo identificado como la expresión deshumanizada del original utilitarismo benefactor, que pretendía dar lo más a la mayor parte de los necesitados. En tanto, también en Europa, se fortalecen con el estandarte de la bioética posiciones religiosas que hicieron suyos valores del patrimonio universal como la dignidad y la vida.

En este traspaso continental de la bioética, aparece Hans Jonas Calahan, con su brillante aportación sobre la teoría de la responsabilidad; Habermas y Apel abren horizontes y dan amplitud a la bioética con sus valiosos contenidos sobre la comunicación humana y la ética. A la cabeza de los personalistas Helio Sgreccia, Navarro-Valls, Javier Gafo, Aquilino Polaino, Jorge Ferrer, y encontramos otros más.

Y de manera relevante, en esa postura que lo distingue de las dos corrientes en colisión, el utilitarismo y el personalismo, con una posición de genuina interpretación bioeticista, apegado a un pluralismo con estricta tolerancia y marcando no sólo un pensamiento, que no hace alianza o seguimiento con las dos corrientes mencionadas, sino que crea una tercera vía de la bioética, la humanista, encontramos a Diego Gracia como el más destacado representante de varios estudios en la materia, compartiendo ideas Sánchez González, Adela Cortina, Victoria Camps, María Casado y otros muchos (Gracia, 1989).

La aportación de lo jurídico es fundamental. Los apoyos en Rawls, Nozick, Muguerza, Peces-Barba, Eusebio Fernández son de gran importancia, aunados al movimiento de los Derechos Humanos, iniciado en 1948 formalmente como un despertar de la humanidad hacia la justicia que asiste a los seres humanos. Por primera vez en la historia de las sociedades humanas se reconocen derechos básicos para la mujer, los discapacitados, los ancianos, los niños, los embriones humanos, la relación laboral y un camino hacia los esquemas democráticos con la bioética en la política.

En Estados Unidos, además de Thomasma y Pellegrino, trasciende la aportación de Tristram Engelhardt, con el gran mérito de que a pesar de ser teólogo, consigue la secularización de su comunicación, de su lenguaje, a la manera de otros teólogos que realizan esa adaptación semántica que les permite ser escuchados y presentar los aspectos morales de su religión bajo el manto discursivo de la bioética de una manera accesible.

El caso de Engelhardt va más allá de la expresión simple de su pensamiento pues anota conceptos y conclusiones drásticos en donde nadie los había visto, tales como decir que el modelo filosófico posmoderno tiene un estrepitoso fracaso cuando es incapaz de abordar los principales problemas éticos, los nuevos y los viejos, basado en comentarios sin contenido, es decir, sin capacidad de convencimiento ni fortaleza argumentativa (Engelhardt, 1995).

Además, Engelhardt hace planteamientos interesantes cuando dice que cada quién es sordo e interpreta de manera diferente los llamados de Dios y de los principios, acuñando la frase de “extraños morales”, con la anotación de que la bioética debe caminar hacia la armonización en “amigos morales”. Finalmente, la mayor aportación de este autor consiste en plantear el enorme avance de la bioética, no a expensas de un acuerdo en la cumbre de las teorías, lo cual no va a suceder nunca, sino en el área procedimental, en donde el beneficio para los pacientes es directo. Anota el ejemplo del consentimiento bajo información, que ha sido aceptado por todas las corrientes, sin cuestionar desde su punto de vista algún apego a sus doctrinas o ideología, considerándolo como un derecho inalienable de todos los seres humanos. Esto ha significado un gran avance desde el enfoque

primordial del objetivo de la bioética: conseguir una comunión de intereses ante las diferencias.

En Latinoamérica, han sido pioneros, Mainetti en Argentina, Velasco Suárez y Carlos Viesca en México, Fernando Lolas en Chile, Llano Escobar en Colombia, principalmente. Sus obras han trascendido a las Américas. Lolas ha participado de manera destacada a través, de la Organización Panamericana de la Salud, como director del Programa de Bioética con la creación de cursos de posgrado itinerantes en diversos países de Sudamérica y del Caribe, de medios de difusión y de apoyo a presentaciones en diferentes eventos. Pero sustancialmente con la idea de adaptar una modalidad de bioética latinoamericana de acuerdo a los significativos sustratos culturales, idiomáticos y de cercanía política, independientemente de las dos corrientes predominantes en nuestro medio, la personalista y la utilitarista; con una esencia laica, de tolerancia y pluralidad efectiva, en afanes democráticos y de observancia hacia el beneficio de los grupos más desprotegidos.

La bioética actuante

Por una parte, se entiende que el desarrollo de la bioética se ha llevado a cabo mayoritariamente en el área biomédica, en los aspectos académicos, de investigación y principalmente en el amplio campo asistencial. Sin embargo, actualmente se enfoca hacia áreas antes ignoradas, como la ecológica, la política, la demográfica y la social, entre otras.

La causalidad de los conflictos éticos señalada por Potter, entre la biología, la medicina y las ciencias humanísticas vuelve a tener actualidad, a propósito de la epidemia de Influenza.

Es decir, la medicina de conservación con una serie de paradigmas no antes utilizados, cobra vigencia para tratar de explicar el "salto" biológico de un virus de características genómicas propias de alguna especie animal, en una combinación con un virus de prevalencia en humanos, el AH1N1, y que provoca toda una conmoción social, económica y del estado de salud en muchas partes del mundo y que en su raigambre epidemiológica y de explicación a la población se advierten serios faltantes, fallas y déficit grave de apego a la verdad en la que; no hay una

modalidad de bioética en la que pueda sostenerse.

Está claro que la bioética es tomada como elemento discursivo por las conciencias intranquilas con el ánimo de fortalecer o encubrir fallas en la integralidad moral de sus actos. De tal modo aparece el análisis bioético ante la situación de salud, en este caso de México. El primer punto es identificar la existencia de algo que es tabú, intocable para parte de la población: la ética institucional.

En otras palabras, quién o quiénes deben responder por la situación de salud del país. No se requiere ser experto para comprender que las principales causas de daño irreversible, mortalidad, pueden ser prevenidas y bajar las tasas de mortalidad. Exhiben la incapacidad del sistema de salud los más de 70,000 casos de muerte por diabetes tipo 2 al año, los 55,000 casos de muerte por enfermedad isquémica del corazón y los 27,000 de enfermedad cerebro vascular, más los casos de muerte por los diversos tipos de cáncer, siendo los principales, aquellos en los que hay procedimientos preventivos en las fases iniciales (INEGI, 2005, 2007).

La bioética nos habla de un principio de responsabilidad, ponderado y aclarado suficientemente por Hans Jonas y Diego Gracia, como acto de privilegio humano: rendir cuentas ante sí y ante los demás. Esto no se da, no hay quien se atreva siquiera a sugerir explicaciones al respecto, dado que no existen programas para el control de los problemas mencionados, de la misma dimensión de los daños.

El análisis de una bioética actuante no es para reñir con instituciones o con el estado, es para reconvenir a las instituciones y funcionarios de su deber ante un cargo que los responsabiliza ineludiblemente y que los resultados de su actuar, entre las técnicas, métodos, tecnologías y recursos disponibles tienen que someterse a una evaluación rigurosa, equilibrada y justa. Sobre todo justa, porque en los análisis que nos ha tocado realizar por ejemplo a 144 directores de centros de salud pública, lo que se obtiene del balance entre recursos y resultados en términos de salud es que se tiene una dotación de los primeros en un 40 a 50 por ciento de lo requerido. Además, el sistema administrativo vigente en esos centros de salud, en pleno siglo XXI, está sostenido en los principios de Taylor y Fayol, principios de hace casi 100 años. Esta situación

debe ser explicada en su más amplia responsabilidad, que va desde la de los dirigentes gubernamentales y directores institucionales hasta la de quienes asignan el presupuesto, es decir los miembros de la H. Cámara de Diputados y de la de Senadores, que lo ratifica. La bioética actuante no puede omitir todo aquello que la conducta de los hombres y los sistemas establecidos afectan a la población como en el caso presentado. La implicación bioética es inextricable; no puede separarse del actuar humano, sea individual, colectivo o institucional (Fayol, Taylor, 2007).

Institucionalizar la bioética

Este es un concepto aprendido de Diego Gracia, quien con su vasta experiencia y visión plantea la necesidad de institucionalizar los componentes de la bioética, entendiendo que de manera distintiva, está debe dejar de ser el ornamento de los diversos eventos en los que se utiliza su discurso como baño de buenas intenciones, de moralidad y de excelso ideario de valores.

Institucionalizar la bioética es configurar formalmente los Comités de Ética de la investigación y de Bioética Hospitalaria con personal bien capacitado. No basta con tenerlos en un registro burocrático, sino conseguir su funcionamiento y avanzar en las decisiones complejas de los conflictos bioéticos.

Además, la institucionalización significa que la bioética forme parte de la estructura de los procesos educativos, desde la enseñanza primaria, absolutamente en todos los planes de estudio de todas las carreras, considerando que está presente en todo el actuar humano; que no sea una materia opcional o de temporada, sino que participe de manera destacada en el desarrollo humano, a corto y largo plazo.

Asimismo, en el posgrado, a la par de los conceptos de calidad, eficiencia y excelencia. Lo anterior deberá desembocar en la actuación profesional de las personas para culminar con la consecución de una específica humanización del trabajo.

Es importante considerar que la institucionalización de la bioética depende, en mucho, de crear un mercado de trabajo, lo que implica la existencia de plazas y de programas de trabajo armónicos con las

estructuras institucionales a fin de entender como un binomio inseparable la calidad de la atención médica y la bioética, amalgamadas en los procesos de trabajo.

No puede omitirse la institucionalización de la bioética en los procesos investigativos. La investigación como una palanca de primer orden para el desarrollo de la economía, de la gestión de servicios, del estudio de esquemas sociales y patrones culturales en sus cambios, así como en el mismo campo de la biología y de la medicina, de los animales, de la ecología, debe tener un factor de regulación que es la bioética. Por otro lado ser un excelente investigador no garantiza ser un buen bioeticista, son dos saberes diferentes. No hay ningún otro mecanismo a la vista para controlar la abrumadora presencia de las empresas transnacionales, su voracidad económica y su frecuente distancia de las normas de protección a las personas.

Resumen

En resumen, la bioética se encamina hacia una juridificación garante del sostén de sus postulados, como un apoyo y complemento indispensable. La actualización de los aspectos jurídicos en muchos y variados campos es imperativa, como en la fertilización asistida y el manejo de embriones, la perspectiva de usos del genoma humano, la consolidación de los derechos de los animales y los ecológicos, de una mayor apertura de género a favor de la mujer, de protección a los ancianos, al desarrollo de la medicina paliativa, de la medicina de conservación y de una investigación responsable. Además se deben establecer políticas para incrementar el desarrollo democrático del medio socio-político, con la aplicación real del respeto a los derechos humanos, de la objeción de conciencia y de manera relevante, en la mejora de la relación médico-paciente.

La bioética avanza no sólo en aspectos estructurales y de funciones hasta hoy inexistentes en las instituciones, sino en la dinámica distintiva de los procesos bioéticos, basada en el dialoguismo y la deliberación en grupos consensuados como instrumentos óptimos para el acercamiento de oponentes y así llegar a los mejores acuerdos para el bien de las personas. Reiteramos, la meta es conseguir la comunión de intereses ante las diferencias. ☩

Referencias bibliográficas

Beauchamp, T. y J. Childress (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. quinta edición. , New York: Oxford University. p. 15.

Engelhardt, T. (1995) *Los Fundamentos de la Bioética*. (trad. Isidro Arias y cols), Barcelona: Paidós.

Gracia, G. D. (1989) *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.

INEGI, (2005) *Estadísticas Demográficas*. México. p. 112.

INEGI, (2007) *Mujeres y hombres*. México. p. 122.

Los Principios de Fayol y de Taylor. Su vigencia en los servicios de salud. Encuesta de Opinión y Análisis. Diplomado "Dirección y Gestión del Director de Centro de Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal". División de Educación Continua. UNAM. 2007

Lolas, S. F. (1998) *Bioética*. Chile: Universitaria. pp.9-11.







ISEM

DE LA CIENCIA



A LA CONCIENCIA



Aspectos religiosos, jurídicos y éticos en la transfusión sanguínea en pacientes testigos de Jehová

Ana María Millán Velázquez *

colaboración de Violeta Feria Colín**

El rechazo por parte de los testigos de Jehová de recibir transfusiones sanguíneas siempre ha representado para los médicos un conflicto ético y un problema en la relación médico-paciente. Para este grupo de personas aceptar esta medida terapéutica significa una pérdida en el ámbito espiritual de tal importancia que les resulta intolerable, no están dispuestos a recibir productos sanguíneos bajo ninguna circunstancia, ni aun cuando esto represente perder la vida (Becio, 2007).

Para tratar de entenderlos, se tienen que conocer por lo menos cuáles son sus limitantes religiosas, las cuales se basan en los siguientes pasajes de la Biblia: "Pero carne con su vida, que es su sangre, no comeréis" (Génesis 9:4), los hebreos colocaron la vida residiendo en la sangre; "Estatuto perpetuo será por vuestras edades donde quiera que habitéis, que ninguna grosura ni sangre comeréis" (Levítico 3: 17); "Cualquier persona que comiere sangre, la tal persona será cortada de entre su pueblo" (Levítico 7: 27), se entiende "será cortada" como una forma de decir destierro o pena de muerte; "Nadie de entre vosotros...comerá sangre" (Levítico 17:12); "...porque la vida de toda carne es la sangre; quien la comiere será exterminado" (Levítico 17:14) (Becio, 2007).

Los testigos de Jehová no aceptan de manera categórica la transfusión de componentes primarios de la sangre, como son los glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y plasma. El manejo médico que ellos recomiendan es: la aplicación de soluciones

cristaloides, soluciones coloides sintéticas, dextranos, almidones, aprotinina, ácido aminocaproico, desmopresina, hierro, y eritropoyetina (fármaco que estimula la producción de glóbulos rojos), y otros; pero los pacientes no siempre responden a ese tratamiento y mueren. Si un testigo de Jehová acepta una transfusión, por su propia acción manifiesta su deseo de no seguir siendo parte de la comunidad. Como lo menciona el siguiente párrafo que dice: "Si alguno viene a ustedes y trae esta enseñanza, nunca lo reciban en casa, ni le digan un saludo, por que el que dice un saludo es participe en sus obras inicuas", (2, Juan 10-11). Esta situación no se aplica a aquellos miembros que reciben una transfusión en contra de su voluntad (www.testigosdejehova, 2006).

Desde el punto de vista legal en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 24, determina el derecho a que cualquier persona profese la creencia religiosa que más le agrade, siempre y cuando observen las leyes generales (Constitución, 2006).

Si un paciente testigo de Jehová rechaza una transfusión, hace valer su objeción de conciencia, que es la facultad de un paciente para rechazar un tratamiento propuesto por el médico, debido a sus convicciones morales o religiosas, de manera que el profesional de la salud no podrá suministrar el tratamiento en cuestión. Esta objeción se da en términos de ley, pero esta señala que la voluntad

* La doctora Ana María Millán Velázquez, tiene estudios de doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac, es coordinadora estatal del Programa de Bioética, y secretaria técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y presidenta de la Academia Mexicana de Bioética del capítulo Estado de México.

** La doctora Violeta Feria Colín es presidenta del Comité de Bioética del Hospital General Regional no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

de los particulares no puede eximir ni alterar o modificar la observación de la misma ley. Sólo puede renunciarse a los derechos privados que no afecten directamente al interés público y cuando la renuncia no perjudique los derechos de terceros. La libertad de objetar un tratamiento debe respetarse con base en la autonomía que tiene un paciente para rechazarlo o admitirlo, tomando como referencia los principios de capacidad jurídica con base en los artículos 23 y 24 del Código Civil Federal y 2.1 y 2.2 del Código Civil del Estado de México.

La relación médico-paciente, como relación jurídica, debe atender, ante todo, el fin de proteger la salud, lo cual está plasmado en el artículo 4 constitucional y en apego a la *lex artis* de la medicina, asimismo, aplicar todos los conocimientos y recursos disponibles para el desarrollo del trabajo encomendado, como lo refiere en los artículos 2, 30 y 31, de la Ley General de Profesiones.

También la Ley General de Salud obliga a los profesionales de la salud a proteger la vida conforme a sus artículos: segundo, del derecho a la protección de la salud; el vigésimo tercero que menciona las acciones realizadas en beneficio de los individuos para proteger, promover y restaurar la salud; y el trigésimo segundo que habla en el mismo sentido. Así como el noveno del reglamento de esta ley en materia de prestación de servicios de atención médica, que establece: “la atención médica deberá llevarse a cabo de conformidad a los principios científicos y éticos orientados a la protección de la salud” (Ley General de Salud, 2009).

En la NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico, en su apartado 10, “Otros Documentos”, en su módulo 10, 1.1 “Cartas de consentimiento bajo información”, inciso 10, 1.1.2, se refiere a los eventos mínimos que se requieren de la carta de consentimiento bajo información y los servicios que obligan su formalización. En este sentido, cuando un paciente Testigo de Jehová no acepte la hemotransfusión, es adecuado dar aviso por escrito a la autoridad correspondiente y dejar claro en el expediente clínico dicha situación, que por la decisión libre e informada del paciente, no acepta el tratamiento propuesto; a fin de demostrar, en caso de ser necesario, una buena

práctica médica, no olvidando que el paciente firme la carta de consentimiento informado. (NOM-168)

Por otra parte en algunos casos se ha presentado la situación que un médico efectuó una transfusión en contra de la petición realizada por un testigo de Jehová. En estos casos es muy común que los pacientes, al saber tal situación, argumenten que se cometió un daño moral, ya que se ven afectados en su derecho a profesar la religión deseada. En estos casos es necesario identificar si la actuación del médico está plenamente justificada dentro del marco jurídico.

En el caso mencionado anteriormente se establece el estado de necesidad, que en el marco de la teoría del delito, se considera como una causa de exclusión de responsabilidad, y se refiere al sacrificio de uno de los bienes jurídicamente tutelados que se encuentran en conflicto, “para salvar uno, se requiere la eliminación del otro”. Al encontrarse los dos bienes en una ruta de colisión, la ley obliga a quien va a decidir sobre la afectación de ellos a respetar la jerarquía y salvaguardar el de mayor entidad. A nivel legal existe una máxima que reza, “lo primero es preservar el bien superior”.

Desde el marco ético, el dilema es el deber del médico de decidir por el beneficio de preservar la vida de su paciente o respetar la autonomía de éste último. El paciente tiene el derecho de solicitar que no se le realice una transfusión sanguínea si el no lo desea, en apego a su autonomía de voluntad y a los derechos de su personalidad y libertad que le son inherentes. Pero el médico también tiene el derecho de ejercer su profesión, cuyos objetivos son: preservar la salud, curar o aliviar y siempre consolar y acompañar al enfermo, evitando las muertes prematuras e innecesarias. Sin embargo, legalmente se violan los derechos del paciente testigo de Jehová si este es hemotransfundido, en contra de su voluntad, en este caso se altera el estado de derecho. El médico deberá buscar alternativas de tratamiento para que al paciente testigo de Jehová no se le nieguen los servicios asistenciales. Entre otras actividades se recomienda identificar el expediente de un paciente testigo de Jehová con una nota visible para que los médicos, enfermeras, trabajo social y de más personal lo tengan presente (Pérez, 2002).

El profesional de la salud está obligado a proteger,

promover y restaurar la salud de las personas que así lo requieran, brindando todos los medios a su alcance para su cometido (Ley General, 2009).

En conclusión, cuando un médico se enfrente a un caso de estado de urgencia, en el que el deba aplicar

una transfusión para preservar la vida de un paciente, y no exista otra forma para tratarlo, el médico no contrae responsabilidad legal si lo atiende, ya que al presentarse un conflicto de preferencia de bienes jurídicos, el estado de necesidad establece que debe ser sacrificado el de menor valor, en este caso se debe preservar la vida ante otros bienes jurídicos. ☩

Referencias bibliográficas

Becio, M. y F. Becio, (2006) *Testigos de Jehová y transfusión sanguínea, reflexión desde una ética natural*, Chile: Pontificia Universidad Católica.

Código Civil Federal, (2009). México: Porrúa.

Código Civil del Estado de México, consultado en la página electrónica www.ordenjuridico.gob.mx, 2009.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (2006). décimo novena edición. México: UNAM/Porrúa.

Dirección electrónica www.testigosdeJehova.org, consultada el mes de noviembre de 2006.

Ley General de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

NOM-168-SSA-1998 del Expediente Clínico

Pérez, Tamayo R. (2002) *La deshumanización de la medicina en ética médica laica*. México: Fondo de Cultura Económica.





Calidad de vida y control de síntomas

Celina Castañeda de la Lanza *

Juan José Castañeda de la Lanza **

La sociedad a partir de todas las luchas de tipo bélico, espiritual, artístico, filosófico, literario, sanitario y económico, ha tenido una evolución que generó que el Estado como un ente regulador político y económico asegure a su sociedad, a su pueblo, el estado de bienestar; esto significa, asegurar la cobertura gratuita de las necesidades básicas del ser humano, como son la atención médica y la educación. Esto ha promovido que el individuo pueda prescindir de ese ahorro que se iba directamente a la procuración de salud y que ahora se puede dirigir a otras áreas de consumo.

Quizá la parte más interesante para los involucrados en la salud es la revolución médica, donde la salud se convierte en un objetivo fundamental y un bien de consumo. Por ello, la ciencia y la tecnología se volcaron en campañas mercadológicas donde la salud, belleza, bienestar y juventud son la imagen ideal y cotizada como artículo de venta para las posiciones de trabajo más rentables. Haciendo suponer que una persona con estas características es más productiva, dando como resultado el binomio "estar bien" para trabajar y trabajar para adquirir los medios y "estar bien".

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida no nace precisamente de un sistema sanitario, nace en el medio socio-laboral donde era catalogado como un índice de rendimiento, lo que quiere decir es que si no se podía aumentar la producción si era posible aumentar la calidad

del producto. Es así como se traslapa el término a la medicina, sin perder la relación costo-beneficio que esto implica. Esto, en la clínica, implica la incorporación del concepto de calidad de vida, y ahora, debido a eso, es posible justificar o rechazar un tratamiento tomando en cuenta el costo y su beneficio.

¿Qué es calidad de vida? ¿La podemos comprar? ¿Quién tiene buena o mala calidad de vida?

Nos podemos preguntar si es cierto que las campañas de publicidad nos pueden asegurar una mejor calidad de vida a través de una oferta por radio o televisión de cualquier cosa: un ventilador, un colchón, una bebida.

Siempre que cuestionamos a alguien para que nos defina el concepto de calidad de vida nos encontramos respuestas vagas e indecisas, es posible observar que aunque se ha convertido en un *slogan*, rara vez se puede precisar el concepto.

Tomaremos como referencia la felicidad y la sensación de bienestar, términos a los que se alude para referirnos a la calidad de vida; de estos, la felicidad es un sentimiento, por lo tanto es subjetivo; el confort es objetivo, subjetivo o relativo el término de calidad de vida.

Calidad de vida es un concepto dual que integra aspectos subjetivos y objetivos, partiremos de ello para decir que la evaluación de calidad de vida es

* La doctora Celina Castañeda de la Lanza, es anestesióloga con subespecialidad en Medicina paliativa, es coordinadora del Programa Estatal de Medicina Paliativa.

** El doctor Juan José Castañeda de la Lanza, es anestesiólogo por la UMAE, actualmente esta adscrito al centro médico del IMSS occidente.

cualitativa y cuantitativa, con esto se puede evaluar la calidad del sentimiento de felicidad y medir la sensación de confort.

Existen parámetros que integran la calidad de vida, y abarcan las diferentes esferas del ser humano: religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico; la evaluación de calidad de vida se muestra en índices globales o multidimensionales.

Cuando elegimos una escala para evaluar la calidad de vida debemos buscar que ésta cumpla con los requisitos de ser:

Válida: que el instrumento esté probado y arroje resultados reales.

Factible: que sea accesible y arroje buenos resultados.

Reproducibile: que produzca resultados idénticos en circunstancias idénticas, en cualquier población.

Sensible y específica: que sea capaz de detectar pequeñas variaciones y que, siempre que esto ocurra, la metodología lo detecte.

Correlacionable: significa que cuando se valore con varias metodologías el mismo objetivo debe arrojar resultados idénticos.

La calidad de vida en el paciente oncológico y con enfermedad crónica degenerativa en fase avanzada es para la medicina paliativa la parte central de su atención. Con los avances que han ocurrido en el diagnóstico y tratamiento de todos los tipos de cáncer en las últimas dos décadas, solamente una pequeña proporción (menos del 50%) son curados. Una proporción muy alta de estas curaciones, se presenta en pacientes con etapas clínicas tempranas que reciben un tratamiento basándose en cirugía o radioterapia, sólo una fracción muy baja son curados con quimioterapia u otros agentes como los modificadores de la respuesta biológica. Desafortunadamente, a pesar de que muchas veces se pueden lograr buenas paliaciones o que se incrementa el intervalo libre de enfermedad, los pacientes en forma inevitable sufrirán los efectos tóxicos y las secuelas de las terapias.

El control de síntomas en el paciente con cáncer y con enfermedad crónica degenerativa en fase avanzada es necesario; por lo que, poblaciones en las que predominan los adultos mayores y las enfermedades emergentes cardiovasculares, metabólicas como la diabetes mellitus que implican un proceso de repercusión hacia otros órganos y sistemas que generalmente evolucionan hacia la insuficiencia; a las infecciosas: hepatitis y cirrosis, VIH/SIDA; las neurológicas del tipo de esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica y parkinson. Estas enfermedades afectan y repercuten en la mayoría de los sistemas, y el dolor es uno de los múltiples síntomas que observamos, sin duda el principal motivo de consulta en nuestro medio.

Pero la expresión de los síntomas cambia dependiendo del órgano o sistema afectado, de tal manera que a nivel neurológico tenemos desórdenes que constituyen una verdadera urgencia, tal como la agitación psicomotriz, convulsiones, delirio; a nivel respiratorio la disnea y el estridor por mencionar algunos; gastrointestinales: como la obstrucción intestinal maligna, náusea, vómito, estreñimiento, anorexia, disfagia; el sistema circulatorio con hemorragias, linfedema genitourinario con dolor, sangrado, retención aguda de orina; el aparato locomotor con limitación para la función y/o movilización; en la piel pérdida de la continuidad e infecciones.

Los síntomas en ocasiones son devastadores para el paciente y la familia, de tal manera que nuestros esfuerzos serán dirigidos al control de estos, dependiendo del aparato o sistema involucrado siempre que sea posible dirigir el tratamiento a la causa; pero nunca olvidar que el manejo sintomático para disminuir el sufrimiento es el objetivo de nuestro actuar.

Debemos de considerar la preservación de las funciones globales que contribuyen al efecto de calidad de vida y el control de síntomas al proporcionar el cuidado paliativo a nuestros pacientes.

Entre los cuidados paliativos que destacan, la preservación de las funciones físicas y ocupacionales, el estado psicológico, la interacción social y la presencia de sensaciones somáticas.

Estas definiciones nos llevan a pensar en *primun non nocere*, que uno de los objetivos de la medicina moderna debe ser la morbilidad y mortalidad asociadas a terapias deben desaparecer.

Es esencial que a los pacientes con enfermedad neoplásica maligna avanzada se les proporcione un cuidado paliativo adecuado, ya sea en el hospital, en su hogar o en otras instituciones. Deben tener el derecho de recibir un alivio adecuado para el dolor, y en ocasiones por la falta de conocimiento del tema esta acción no es llevada a cabo. Además de conocer los métodos del control de dolor, debemos saber acerca de los antieméticos, sedantes, laxantes, etc., para mejorar la calidad de vida en el paciente terminal.

Cuidados de sostén para el paciente oncológico

Emil Freireich introdujo el concepto de "quinta modalidad" tratamiento del cáncer, lo que ahora se llama cuidado de sostén en el paciente oncológico; este campo tiene por objeto prevenir y tratar todas las complicaciones que se pudieran presentar en el paciente como resultado de su enfermedad o de la terapéutica. Estas áreas son las siguientes: prevención de la infección; terapéutica en infectología; soporte transfusional y tratamiento de anemia; nutrición, accesos y equipos de infusión intravenosa,

tratamiento de los efectos de la quimioterapia, tratamiento de las anormalidades metabólicas, uso de antieméticos, control de dolor, manejo de síndromes paraneoplásicos, cuidado de la calidad de vida, psico-oncología, manejo del paciente terminal, mucositis oral y tratamiento del dolor por cáncer.

Una vez que el mecanismo del dolor es determinado, se debe iniciar el tratamiento.

Es importante tener en cuenta las posibilidades reales y potenciales del paciente acerca de su enfermedad, para que nuestra actividad vaya encaminada a fortalecer su concepto de calidad de vida, tener claro calidad sobre cantidad.

Evitemos tratamientos costosos y que probablemente introduzcan nuevas causas de dolor, prolongación del sufrimiento, abandono social y familiar que dieran como resultado una pérdida mayor en su calidad de vida.

El personal de la salud debe tener presente estos conceptos e identificar las áreas de oportunidad, ir hacia la mejora continua y tener claro que buscamos el beneficio integral del paciente y la familia, favoreciendo las medidas de confort y bienestar en su entorno familiar, social y económico. ☮

Referencias bibliográficas

Aaronson, N. K. y J. H. Beckman, (1987) *The quality of life of cancer patients*. New York: Raven. p.p. 1 - 10

Feld, R. (1990) *Current opinion in oncology*. volumen 2, ISSUE 5. pp. Toronto: Overview. pp. 309 - 311.

Goldhirsch, R.D. y R. J. Gelber, (1989) *Cost and benefits of adjuvant therapy in breast cancer: a quality adjusted survival analysis*. volumen 7. Switerland: American Society of Clinical Oncology. pp. 36 - 44.

Preistman, T. J. y M. Baum. (1976) *Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer*. volumen 1. New York: Lancet. p.p. 899 - 901 .

Schipper, H., J. Clinch y Powell V. (1990) *Definitions and conceptual issues*. New York: Raven. p.p.11 - 24.





ISEM

PERSPECTIVAS MÉDICAS Y



REPORTES DE CASOS





El caso Tarasoff: una reflexión bioética, jurídica y psicoanalítica

Octavio Márquez Mendoza *

Consideraciones preliminares al análisis de caso

Uno de los propósitos de la Neuroética se debe entender como “la ética de las neurociencias”, del mismo modo como el término bioética define a la ética de las ciencias de la vida y la conducta de los seres humanos ante ella, es dar cabida a dilemas surgidos de las más diversas vertientes de nuestras disciplinas profesionales, desde aquellos que se relacionan con la confidencialidad de la información entregada por los pacientes en la consulta psiquiátrica y psicoterapéutica, hasta la relación con el impacto sobre la sociedad que puede resultar de las nuevas técnicas de intervención farmacológica y psicológica sobre la mente de los seres humanos, desde esta perspectiva ética, psicoanalítica y jurídica.

En este trabajo se recurre a uno de los casos paradigmáticos de la discusión bioética en torno a la atención psiquiátrica y psicoterapéutica, el caso de Tatiana Tarasoff, al plantear un nuevo paradigma relacionado con la confidencialidad y la conservación del secreto profesional en los casos en que se puede afectar a terceras personas.

Antes de introducir el caso Tarasoff, es oportuno precisar que el análisis se focalizará en el dilema de responsabilidades que supone ajustar los derechos del paciente a la práctica asistencial, dentro de la psiquiatría y la psicoterapia. Es un hecho innegable que, al profundizar en la toma de conciencia sobre tales derechos se exige de los profesionales de la

salud mental una constante revisión de sus deberes y obligaciones, exigidos por tal escenario por tanto se ha tendido hacia una creciente explicitación de las normas y reglamentos más que a la ética que se espera de su actividad.

También participa como variable interviniente de significativo peso, la compleja trama de relaciones sociales y profesionales, sus múltiples disyuntivas resultarían insolubles sin la disponibilidad de marcos teóricos adhoc para iluminar los caminos a seguir.

En consecuencia, las observaciones se desarrollarán desde el enfoque ético-bioético de la confidencialidad (el secreto profesional) y la veracidad, entiéndase por confidencialidad el respeto a la confianza depositada durante la consulta, en la cual se relatan aspectos privados bajo la suposición de fidelidad o el convencimiento de la discreción y no divulgación, algo asimilable a la responsabilidad de preservar el secreto médico, por su parte, siguiendo los códigos de psicoética, la veracidad se relaciona con la obligación mutua de intercambiar –sin ocultamientos– los datos necesarios para mantener el vínculo terapéutico. En este sentido, el profesional garantizará la accesibilidad a la información, de modo tal que resulte comprensible al nivel comunicativo del paciente.

El caso Tarasoff

El caso corresponde a hechos ocurridos en 1969. Un estudiante Dalit (en el sistema de castas de la India),

* El doctor Octaviano Márquez Mendoza, es profesor-investigador del Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México, es doctor en Ciencias, UNAM, es doctor en Humanidades: Ética, UAEM, miembro de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A. C.

Prosenjit Poddar, llegó a estudiar a California a fines de los años sesentas donde conoció a Tatiana Tarasoff durante actividades recreativas de la residencia estudiantil donde vivía, e iniciaron una relación que Prosenjit interpretó como seria, visión que no era compartida por Tatiana. Al darse cuenta ella de la disparidad de opiniones le dijo a Prosenjit que estaba comprometida con otro hombre y que no deseaba iniciar una relación con él, el rechazo provocó en el estudiante una seria crisis emocional, descuidó su apariencia personal y su ánimo se tornó fuertemente depresivo.

Durante un viaje de Tatiana a Brasil, Prosenjit buscó apoyo profesional y en agosto de ese año figuraba como paciente externo en el Cowell Memorial Hospital. En un comienzo fue visto por el médico psiquiatra Stuart Gold, posteriormente por el psicólogo Lawrence Moore.

En su novena sesión con Moore, el 18 de agosto de 1969, el estudiante dijo en confidencia que iba a matar a una mujer, claramente identificable como Tatiana, cuando ésta retornase. Dos días después, Moore notificó a la policía que Poddar sufría de una reacción esquizofrénica paranoide y que se encontraba en riesgo de dañarse a sí mismo, o a otros. La policía del campus retuvo a Poddar y lo liberó en la creencia que el estudiante había cambiado de actitud y, aparentemente, por la intercesión del director de psiquiatría del centro asistencial, quien solicitó al jefe de policía la devolución de la carta de Moore y ordenó a este último la destrucción de sus registros de la terapia, así como las copias de la carta enviada a la policía. En octubre siguiente Tatiana, al regresar de Brasil, continuó siendo acosada por Poddar, quien la acuchillo y mató por éste el 29 de ese mes, al negarse a sus requerimientos.

El psiquiatra que trataba a Poddar fue querellado por los padres de la víctima, aduciendo que, a pesar de la intención de hospitalizar a su paciente, no comunicó a la joven acerca del peligro que corría. Ante el tribunal competente se expresaron dos posiciones contrapuestas, la opinión mayoritaria culpó al psiquiatra de negligencia profesional, alegando que la obligación de proteger a las personas de agresiones violentas sobrepasa la regla deontológica de confidencialidad. Según esta línea argumental, debió efectuar una advertencia—directa o indirecta—al sujeto

potencialmente amenazado.

En contraste, la minoría defendió la conducta del psiquiatra al resguardar el secreto profesional, protegiendo los derechos del paciente. De acuerdo con tal postura, una violación de la aludida regla, erosionar los principios de confianza y fidelidad, incrementaría las proporciones de abandono terapéutico y frustraría la administración del tratamiento adecuado.

Así se denota el consecuente perjuicio sobre el bien público, al aumentar la posibilidad de agresiones por parte de quienes se alejan de la contención médica. Además, el propio supuesto de internar a cada individuo que formulase una amenaza conduciría a efectos sociales negativos.

El caso Tarasoff representa un dilema ético expuesto en términos del paradigma disciplinario de la bioética, puesto que exige la elección entre dos conductas opuestas, ninguna de las cuales es incontrovertible. Las alternativas confrontadas durante el juicio apelan a distintas percepciones de la prescripción moral.

Una mayoría desaprobó la conducta del psiquiatra, invocando una teoría ética consecuencialista que consagra la suspensión obligatoria de la regla de confidencialidad para casos excepcionales, —el consecuencialismo comprende aquellas teorías que determinan el valor moral de un acto en función de sus consecuencias, según esta concepción, un hecho es correcto cuando, desde un perfil impersonal que concede igual importancia a cada una de las partes afectadas, provoca el mejor efecto posible. Las teorías consecuencialistas al calificar las acciones de acuerdo al criterio de maximización de beneficios operan, entonces, como un juicio utilitarista sobre la realidad—. Esto equivale a recurrir a una fundamentación ético-teleológica, acuñada en una típica matriz de razonamiento utilitarista. Por su parte, la minoría consideró correcto el desempeño del querellado, al ampararse en el principio del secreto profesional, principio que descansa sobre una teoría ética kantiana-deontológica. En síntesis, el mismo hecho da lugar a dos vías polémicas de argumentación, dado que ninguna impone en forma necesaria o indiscutible el valor moral de una conducta determinada, hay elementos para juzgar adecuado el comportamiento del psiquiatra, otros para sancionarlo como incorrecto.

El caso representa un ejemplo de violación justificada de la confidencialidad, por lo cual la obligación real del psiquiatra sería la primera. Si bien la violación del secreto profesional puede atentar contra el afianzamiento de la confianza en la relación médico-paciente, y esto sería ciertamente indeseable, la protección de la vida de una persona parece tener mayor relevancia.

De las muchas caras inherentes a la confidencialidad, queremos reducirnos a tres: ¿cuánto sabía Lawrence Moore de Poddar? ¿por qué notificó a la policía del campus para que lo arrestaran? ¿debió alertar a Tatiana Tarasoff? respecto al conocimiento que tenía de Poddar, éste había sido evaluado por el psiquiatra Stuart Gold antes de enviarlo a psicoterapia. La ficha clínica (y/o la discusión del caso antes de iniciar el tratamiento) es el material indispensable que debe estar a disposición del psicoterapeuta, parece claro que la información completa debió estar en manos de Moore, en toda su profundidad y sin existir limitación alguna, aún más, fue deber suyo el haberla recabado para ejecutar mejor su asistencia profesional.

El acceder a la historia clínica como soporte documentado es decididamente restringido, salvo para psicoterapeuta y su equipo. ¿No sucedió así? ¿o fue un error de diagnóstico que pasó por alto el (probable) cuadro psicótico y éste sólo se hizo patente durante la psicoterapia? ¿o se planteó efectuar una psicoterapia ambulatoria a pesar de la posibilidad de que Poddar sufriera de una reacción esquizofrénica por los beneficios que podría alcanzar? Por último, el no poner sobre aviso a Tatiana supuso un fallo al no acudir a una ética de naturaleza consecuencialista, puesto que Poddar representaba un peligro para ella. Es no haber hecho prevalecer el principio de justicia sobre los otros tres (autonomía, no-maleficencia, beneficencia), principio que a su vez justificaría no respetar la confidencialidad. Como siempre, los principios no son absolutos sino *prima facie*, esto es, valen mientras no existan circunstancias especiales que determinen que otros sean superiores, es decir, obligaciones que se tienen en principio, pero que pueden ser abandonadas según las circunstancias. De ahí que se puede acudir a distintos conceptos sustantivos en bioética como para poder dirimir mejor la intersección.

En el caso de Poddar, se puede recurrir a evaluar

si la medida de advertir obedece a la polaridad proporcionado/desproporcionado, ¿era proporcionado o desproporcionado alertar a Tatiana como para explicar quebrar la confidencialidad? Admitiendo que se desconocen las circunstancias clínicas precisas como para ponderar bien su peligrosidad (presencia de ocurrencias aisladas o ideas delirantes incommovibles, historial de conductas agresivas, etc.), parece desproporcionada considerando que hasta esos instantes no se había pensado jamás en una esquizofrenia severa ni en otro trastorno psicótico o de personalidad graves. Además, ¿qué desequilibrio podía provocar en Tatiana? ¿qué se le iba a ofrecer psiquiátricamente como compensación en caso de error? ¿o quedaría en manos de la justicia velar por ella a continuación? En cualquier caso, era desproporcionada sin haber aplicado con determinación y firmeza las medidas anteriores, reevaluación rigurosa por un equipo psiquiátrico, análisis del proceso psicoterapéutico y hospitalización para observación estricta.

Moore, en su testimonio judicial, reveló que Poddar había dado a conocer sus intenciones de matar a Tatiana durante las sesiones de terapia. Subsecuentemente, durante las audiencias, surgieron serias discrepancias entre los peritos presentados por las partes respecto al exacto diagnóstico del imputado, terminando en una condena de primera instancia por homicidio en segundo grado.

Los recursos presentados a la Corte de Apelaciones y a la Corte Suprema de California, terminaron por encontrar vicios de procedimiento que obligaban a reconducir el juicio, lo que fue conmutado por la expulsión de Poddar a la India. Los padres de Tatiana; querellaron contra la Universidad de California y sus psicoterapeutas, una de la quejas era que los psicoterapeutas no habían dado oportuno aviso a Tatiana, o a sus cercanos, de las intenciones de Prosenjit. Tanto la corte del condado de Alameda, como la corte de apelaciones correspondiente, encontraron que no había razones para condenar, agregando que al no existir relación alguna entre el psicoterapeuta y Tatiana, o sus padres, no existía la obligación de informar.

La Corte Suprema de California, pensó distinto, en su decisión final sostuvo que los terapeutas no pueden escapar a su responsabilidad simplemente porque Tatiana no era su paciente. Cuando un

terapeuta determina, o de acuerdo a los estándares de su profesión debiese determinar, que su paciente representa un serio peligro para otros, le asiste la obligación de ejercer cuidados razonables dirigidos a proteger a las víctimas de tal peligro.

El cumplimiento de este deber puede requerir del terapeuta tomar una o más medidas, dependiendo de la naturaleza del caso. Así, puede llevarlo a advertir a la posible víctima, o a otros que puedan advertir a la víctima, del peligro notificar a la policía o tomar las medidas que sean razonablemente necesarias en esas circunstancias.

Comentarios sobre el caso

El caso Tarasoff nos plantea problemas éticopsicoanalíticos, legales y prácticos. Los primeros tienen que ver con el quiebre de la confidencialidad en relación a un potencial daño grave a un tercero. Los problemas legales que derivan de los casos tipo Tarasoff tienen que ver con las demandas civiles que pudiesen interponer las víctimas o sus familias cuando un tercero es dañado por un paciente, y su terapeuta, estando al tanto del riesgo, optó por callar cuidando el secreto profesional.

En el Código Procesal Penal no existen disposiciones de denunciar un delito que aún no se comete. El caso se ventiló en los tribunales durante los años que se estaba gestando la bioética americana y produjo un impacto en la National Commission, convocada por el Congreso de los Estados Unidos, que redactó el informe Belmont (1978). Este es el motivo por el cual analizar bioéticamente el caso es partir de la sentencia legal como dato primero, como si ésta tuviera prioridad en el orden de la moralidad y, proceder, es un momento posterior, que se limita a admitir, modificar o impugnar los argumentos judiciales.

Este sesgo legalista es inherente a la bioética americana, y esta confusión o prejuicio ha determinado a la del resto de Occidente, aún en contra de su tradición hipocrática, "aquello que jamás deba trascender, lo callaré, teniéndolo por secreto". Contrariamente, la American Medical Association señala rotundamente que el médico deberá salvaguardar las confidencias del paciente dentro de los límites que establezca la Ley.

Los aspectos éticos del caso Tarasoff

El secreto profesional tiene fundamentos legales, la relación médico-paciente origina un contrato tácito que en el lenguaje jurídico se denomina cuasicontrato ya que falta la expresión escrita. Se considera que en esta situación el deber del secreto profesional tiene como objetivo el bien común o de la sociedad, ya que su existencia crea un ambiente de pública confianza que facilita la apertura para que los pacientes den la información necesaria y en forma completa, hecho que facilita la posibilidad de que el médico ayude a su paciente. Por este motivo, se estima que el secreto no sólo debe incluir la información directamente aportada por el paciente, sino que también todo aquello que el médico vea o conozca en el marco de la relación clínica, aún cuando el enfermo no hubiese querido que se produjera ese conocimiento. Sin embargo, este deber no es absoluto, y de hecho los códigos prohíben al médico la revelación de los secretos del paciente a menos que sea necesario con el fin de proteger la salud o bienestar del paciente o de la comunidad. En esta situación es que se enmarca la conducta de Poddar y su psicólogo tratante.

Es considerado un delito mantener en secreto una información que está vinculada con la posibilidad de que una persona esté en riesgo de sufrir un daño. En el caso de Tatiana son tres las razones que justifican el no haber respetado el secreto profesional, la primera es el estado mental de Poddar que significaba un riesgo para Tatiana, por lo tanto ella debió ser informada de las intenciones de su pretendido-pretendiente; la segunda se deriva de la anterior. Si Tatiana hubiera podido defenderse en mejor forma al estar debidamente informada del peligro que le acechaba, se pudo defender en forma más efectiva de Poddar, quien quizás no habría logrado cometer el crimen, lo que le habría favorecido al no haber sido imputado por semejante delito. Finalmente, la información clínica del paciente tiene que ser dada a conocer durante un proceso como respuesta a lo requerido por el juez debidamente acreditado.

Aspectos psicoanalíticos del caso Tatiana Tarasoff

La metodología psicoanalítica ofrece la posibilidad de alumbrar ciertas vivencias efectivas y emociones humanas, con el propósito de descubrir los mecanismos

promotores de determinado estado psicológico, capaz de alterar la vida social. Así, una función del psicoanálisis consistiría en comprender los motivos que condujeron a la realización de actos específicos, entre ellos, la conducta criminal.

Dentro del vasto campo de las ciencias o disciplinas que se ocupan de la personalidad y del comportamiento, se desenvuelve un área de desempeño relativo al ejercicio clínico, cuyo objeto remite a problemáticas que afectan el valor y el sentido de la vida humana. En consecuencia, se evidencia una conexión con la Bioética. A saber, el psicoanálisis aborda cuestiones simbólicas que interactúan con las estructuras sociales; a título de ejemplo, los postulados psicoanalíticos permiten inferir que el crimen responde a una pulsión de tánatos que encerraría a los individuos en un círculo vicioso y destructivo de retroalimentación violenta.

Algunos postulados teóricos de Lacan que se pueden aportar a la criminología son la noción de asentimiento subjetivo a la ley y la responsabilidad, además de la extracción del sujeto de la masa, lo cual permitirá confrontar a un sujeto al goce implícito en sus dichos y en sus actos, en la obra *Introducción teórica de las funciones del psicoanálisis en criminología* se apunta.

Toda sociedad, manifiesta la relación entre el crimen y la ley a través de castigos, cuya realización, sea cual fueren sus modos, exige un asentimiento subjetivo. Aquí es donde el psicoanálisis puede, por las instancias que distingue en el individuo moderno, aclarar las vacilaciones de la noción de responsabilidad para nuestro tiempo y el advenimiento correlativo de una objetivación del crimen, a la que puede colaborar.

Lacan en 1950 ya había escrito acerca de las relaciones entre el psicoanálisis y criminología. Los vaticinios de Lacan en esa época, hoy se ven plasmados en una desintegración de los lazos sociales a una escala realmente preocupante, ya que aplicado al caso Tarasoff, en relación al rechazo social sufrido por Poddar: El lazo social se afirma si se conserva el anudamiento del sujeto a la ley. Para la ley jurídica el castigo es el correlato de un crimen. Pero es en el asentimiento a la ley que el psicoanálisis puede hacer su aporte a la criminología, a sabiendas de que la ley que rige para el derecho no es la misma que la ley entendida desde el psicoanálisis.

De igual manera se plantea la pregunta: ¿qué pasa con los vetos pulsionales en los sujetos? Lacan articula el advenimiento de la modernidad y el crimen, al plantear que no es lo mismo la responsabilidad para el discurso jurídico que para el analítico y el bioético. Para el discurso jurídico hay una continuidad entre culpa y responsabilidad pero para el psicoanálisis y la bioética no, dado que un sujeto puede sentirse culpable de algo no cometido, como también culparse toda la vida sin hacerse responsable.

Conclusiones y propuestas

Las neurociencias han presentado un desarrollo vertiginoso en la última década. Este desarrollo va unido, por un lado, a posibles mejoras en la salud de las personas, pero plantea, por otro, nuevos desafíos y responsabilidades que permitan limitar su abuso.

La Neuroética es una disciplina joven que puede resultar una herramienta extremadamente útil en el estudio y discusión de estas implicaciones sociales, legales y éticas. La controversia originada por este caso, sentó las bases para la llamada Doctrina Tarasoff, que pauta el deber de ruptura del secreto profesional cuando su no-revelación implica riesgo de daños para terceros (Cfr. La enseñanza, 2007). Con ello no se niega que el respeto por la confidencialidad representa una regla básica para el decurso de la relación médico-paciente, pero, ante situaciones ambiguas, compele a realizar un examen atento de las circunstancias específicas y su contexto, ponderando cuidadosamente los beneficios y perjuicios previstos.

A título ilustrativo, las siguientes situaciones justificarían el incumplimiento de la confidencialidad:

Si la información relevada permite predecir, con fundamentos, que el paciente llevará a cabo una conducta atentatoria contra sus propios derechos de ser como frente a un eventual intento de suicidio.

Cuando se busca el ocultamiento categórico de datos que amenazan los derechos de otras personas, en sentido individual. Por ejemplo, si el paciente se niega terminantemente a informar a potenciales afectados que padece alguna enfermedad contagiosa o genéticamente transmisible. También quedarían tipificadas

dentro de esta categoría, conductas de maltrato o abuso sexual.

Frente a circunstancias que puedan lesionar derechos colectivos. A saber, cuando un individuo sufre alteraciones que le incapacitan para desempeñar con pericia tareas de responsabilidad sobre la vida de terceros.

Se podría decir que en caso de enfrentar situaciones tipo Tarasoff se recomienda:

Hacer una buena evaluación clínica tratando de dimensionar el riesgo real, conversar abiertamente primero con el paciente de los riesgos y de la eventual obligatoriedad del médico de hacer la denuncia, esto a veces tiene valor terapéutico. Debe evitarse que el paciente se vea sorprendido con nuestra denuncia. Evaluar quien será la persona o institución que reciba la denuncia, esto dependerá del tipo de violencia y su gravedad.

Los casos son siempre distintos por lo que no hay fórmulas generales.

Siempre discutir estos casos con colegas, idealmente de más experiencia.

Dejar registro en la ficha clínica de los hallazgos psicopatológicos, de la problemática, de las decisiones tomadas y su argumentación.

Lo expuesto no agota el debate, pero remite a criterios generales que admiten su aplicación como parámetros válidos para definir las actitudes de profesionales que atraviesan momentos de duda o incertidumbre. Asimismo, mediante un caso testigo, quedó demostrada la conveniencia de fomentar la interdisciplinariedad en el ámbito de la bioética, siendo evidente la interacción de factores de índole filosófica, jurídica, psicoanalítica y médica.

Algunas enseñanzas que se desprenden del caso Poddar-Tarasoff son:

Que la confidencialidad ha perdido vigencia y fuerza en los últimos años, producto del giro legalista que ha

inundado a la medicina, que confunde y subordina la ética al derecho, lo bueno o malo con lo legal o ilegal.

Que las revelaciones del paciente poseen un carácter de "información sensible" que es consecuencia de pertenecer a la intimidad y vida privada del sujeto, por lo que necesitan de una protección o blindaje especial por parte de los profesionales.

Que la psicoterapia resulta substancialmente delicada porque, a propósito, se suele entrometer y escarbar en lo más humano y oculto del ser, sus deseos, fantasmas, esperanzas, ambiciones, perversiones, envidias, obsesiones, por lo que no respetar su estructura especial y única de confidencia puede conducir no sólo a desvirtuarla sino a exterminarla y, dentro de poco, dejar de pertenecer al conjunto de herramientas terapéuticas a disposición del médico salvo como simple apoyo empático.

Que las excepciones que necesariamente deben limitarse requieren ser estudiadas nuevamente, a cuenta de los avances técnicos arrolladores que permiten adueñarse de partes decisivas de la interioridad del enfermo, y el clima histórico de auto-revelación sin límites que rodea, impregna y contamina a la medicina del siglo XXI.

Se debe reconocer que la confidencialidad en medicina es un concepto ampliamente ignorado de manera sistemática en la atención médica rutinaria, aún en la vida social de médicos y psicólogos que comentan y discuten sobre sus pacientes sin consideración ninguna por el valor que supone el respeto por la interioridad. Resulta ostensible que la declaración de la Asociación Médica Mundial no fue sino un anhelo que cada día se acata menos.

¿No ha sucedido esto con Tatiana Tarasoff? ¿No lo estamos haciendo nosotros ahora porque, como permanecemos atrapados en las redes del derecho, nos referimos a ella por su nombre auténtico y no por un pseudónimo, según era costumbre en la tradición ética médica? Con el menoscabo de la confidencialidad, ¿no estaremos abandonando "lo propio"?, lo eligen, según Heidegger. ☞

Referencias bibliográficas

"Develando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía" en *Perspectivas bioéticas en las Américas*, volumen 1 (1996), Argentina: Flacso. pp. 10-22.

"La enseñanza, compleja, exigente, exclusivamente humana o de las creencias y teorías que la sustentan" en *Conexión Abierta* [en línea], núm. 9, [Consulta: 25 mayo 2007], disponible en: <http://www.vaneduc.edu.ar/uai/comuni/conexion/conexion-9/confidencialidad01.html>

Luna, F. y A. Salles, (1995) *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Sudamericana.

Llano Escobar, Alfonso. (2000) *¿Qué es Bioética?* Bogotá: 3R Editores.

Palacios, Marcelo, coord. (2000) *Bioética 2000*. Madrid: Nobel.

Reich, Warren Thomas (1995) *Encyclopedia of Bioethics*. segunda edición. Nueva York: Macmillan.





ISEM

FUENTE INFORMATIVA



EN BIOÉTICA





La bioética en el siglo XX

Lorena Malpica Hernández *

Introducción

A doscientos años de la Independencia de México, cabe destacar que nunca se imaginó que los nuevos avances en el ámbito de la biología molecular y la ingeniería genética revolucionarían nuestros esquemas de vida y darían un giro a nuestros destinos. Los romanos afirmaban: *partur seguitur ventem* (la madre es la que va a parir) ¿Cuándo se pensó que un ser humano podría tener tres madres (la madre genética, la legal y la madre biológica o subrogada) y dos padres (el legal y el genético) ¿Acaso se pensó alguna vez la existencia de la figura de la adopción de embriones congelados? o ¿En la creación de seres humanos en laboratorio por medio de la fertilización in vitro?

Este asombroso avance tecnológico ha significado un enorme impacto diversificándose en diferentes áreas como la industria, la ganadería, la medicina y el derecho, planteando importantes modificaciones, particularmente en la salud de los individuos.

¿Pero hasta dónde debe llegar el ser humano frente a dichas biotecnologías? ¿Cuál es la situación jurídica en torno a estos avances? ¿Será benéfica la clonación de seres humanos? ¿Es válido el eugenismo desde el punto de vista terapéutico?

Ante estos cuestionamientos, cabe destacar que el derecho es el instrumento idóneo para regular todas estas situaciones, por lo que surge la necesidad del estudio de la bioética dada la estrecha relación que

ésta guarda con la ciencia jurídica.

Marco histórico

El bioquímico Van Rensselaer Potter y el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown, en Washington, se han disputado la originalidad de la palabra bioética. Sin embargo, cabe puntualizar que Warren Reich resolvió esta discusión a favor de Potter, con su investigación publicada en dos artículos en la revista Kennedy Institute of Ethics (Warrent T. Reich, 2001).

Parece que ambos usaron este vocablo, independientemente el uno del otro, ya en 1971, pero el mérito de haber acuñado la expresión y de haberla usado por primera vez es del bioquímico y médico oncólogo Potter, con su artículo aparecido en otoño de 1970 en la revista *Perspectives in biology and medicine* (Potter Van, 1970), primera vez que aparece impresa en público la palabra bioética, y poco después, son anteriores al nacimiento del Kennedy Institute of Ethics, el 1º de julio de 1971, su libro *Bioethics, bridge to the future* (Bioética, un puente hacia el futuro), con el objeto de crear una relación armoniosa entre las ciencias y las humanidades.

Se puede observar que la sugerencia de la Bioética la lanzó un médico, no un filósofo ni un teólogo, un médico convencido de que la ciencia sin conciencia,

* La doctora Lorena Malpica Hernández, es profesora de la Facultad de Derecho y de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México Norte, es miembro de la Asociación Panamericana de Bioética, cuenta con maestría y doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac.

no conduce sino a la ruina del hombre. Así nació la Bioética, al menos en los Estados Unidos, en la década de los setentas.

Hoy se convierte, no sólo en una disciplina universitaria, sino en una realidad de alcance mundial; la bioética debe popularizarse, es decir, llegar a todo ciudadano que quiera vivir humana y responsablemente en el siglo XXI. Asimismo, se debe regular su incidencia dentro de todos los ámbitos del derecho.

Marco conceptual

Etimológicamente el vocablo bioética, está formado por dos palabras griegas: *bíos*, que significa vida, y *éthos*, costumbre; es decir: ética de la vida.

La definición que ofrece la Encyclopedia of Bioethics en 1978 es: estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de principios y valores morales (Warren Reich, 1978).

Diego Gracia Guillén la define como: el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y, de esa forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad (Gracia Guillén, 1978).

Hay quienes configuran la bioética como un movimiento de ideas históricamente cambiantes, quienes la consideran más como una metodología de confrontación interdisciplinaria entre las ciencias biomédicas y las ciencias humanas, quienes reducen la reflexión bioética a una articulación de la filosofía moral, así como quienes consideran, en cambio, que esta reflexión puede ser definida como una disciplina autónoma, con una función propia no identificable con la deontología ni con la medicina legal o los derechos humanos. De aquí surge el problema de cómo definirla (Sgreccia, E, 1996).

Complementando la definición de Ramón Lucas, se puede afirmar que la bioética es una interdisciplinar donde convergen medicina, filosofía y derecho, que regula la conducta humana, en el campo de la vida y la salud, a la luz de valores y principios morales racionales (Lucas, R, 2007).

La Bioética tiene las siguientes características:

Es humana: ya que concierne directamente a la vida y la salud del hombre, e indirectamente al entorno en el que vive.

Es racional: regula las intervenciones según valores morales, fundados en la dignidad de la persona humana.

Es universal: válida para todos los hombres sin distinción de cultura o religión, porque está fundada únicamente en la racionalidad humana.

Es interdisciplinar: se sirve de la colaboración de todas las disciplinas implicadas: biología, medicina, derecho, filosofía, etcétera.

Para finalizar este apartado, resulta necesario señalar que erróneamente se habla de bioética religiosa y bioética laica. La bioética ni es religiosa ni laica; es sencillamente bioética, cualquier adjetivación representa una deformación tendenciosa (Warrent T., 2001).

En todo caso, se podría hablar de diferentes corrientes filosóficas en bioética, las cuales serán expuestas en el siguiente apartado.

Modelos y corrientes filosóficas en bioética

Cuatro son las orientaciones filosóficas que pueden influir en la bioética:

El naturalismo sociobiologista

Esta tendencia propone una ética basada en el evolucionismo. Para este pensamiento los valores presentes en un cierto grupo social, en un determinado momento histórico, constituyen la respuesta de los individuos seleccionada naturalmente para la adaptación al ambiente. De este modelo filosófico nació el nazismo, en el campo biomédico esto se traduce al eugenismo buscando al niño perfecto, por lo que apoya el aborto eugenésico y a la eutanasia.

El modelo liberal

Su valor rector es la autonomía de la voluntad, por lo que propone entonces una fundación subjetivista de

los valores y de las normas, es decir, se trata de una propuesta individualista que se extiende al campo de la bioética, desde la liberación de la sexualidad y de la procreación, a la actitud favorable para la eutanasia o el suicidio asistido. La falacia de este sistema ético se encuentra en que la libertad no es el primer valor de la persona, ya que la vida es el fundamento de la libertad misma y, por consiguiente, el valor primario; y por otro lado, la libertad no puede ser válida sin responsabilidad (Porter, Tarasco, 1997).

El modelo pragmático-utilitarista

Se rige por el principio costo-beneficio, se puede decir de inmediato que esta relación es válida cuando se refiere a un mismo valor y a una misma persona en sentido homogéneo; así se utiliza válidamente cuando lo aplica, por ejemplo, el cirujano o el médico, a fin de decidir cuál terapia escoger, que es evaluada acertadamente con base en los daños (riesgos) y en los beneficios previsibles para la vida y salud del paciente.

Sin embargo, resulta necesario recalcar que este principio no puede ser aplicado de manera última y fundamental, sopesado en bienes no homogéneos entre sí, como cuando se confrontan los costos en dinero con el valor de una vida humana (Sgreccia. E, 1996).

En otro sentido se puede expresar que la corriente utilitaria busca el mayor beneficio, para el mayor número de personas, por el mayor tiempo posible y al menor costo. Sin embargo, ¿qué sucede cuándo nos toca ser parte de la minoría? ¿acaso alguna vida vale más que la otra?

Esta corriente, en el ámbito de la bioética se puede reflejar en la reciente Ley de Despenalización del Aborto en el Distrito Federal, así como en el tema de la eutanasia y en la experimentación con embriones.

Modelo personalista

El personalismo pone la atención en la fundamentación moral de la persona, tomándola como centro de la historia y como fundadora de la sociedad. La persona cuanto ser subsistente y determinado, de naturaleza racional es el criterio de juicio de la bioética (Porter, Tarasco, 1997). Para Ramón Lucas Lucas: la persona

es un espíritu encarnado y un cuerpo espiritualizado (Lucas, R. 2007).

Dicho modelo reconoce la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por la capacidad de ejercer su autonomía. El personalismo acepta la indivisibilidad de una unidad física, psíquica y espiritual o trascendente, desde el momento de la concepción hasta la muerte; cabe recalcar, sin embargo, que aunque pone al hombre en el vértice de la jerarquía ontológica, reconoce la relevancia de la obligatoriedad de respeto a los seres animales y vegetales, aunque subordinada respecto al sumo bien del valor de la persona (Porter, Tarasco, 1997).

La síntesis panorámica de las diversas posiciones éticas en bioética muestra la complejidad del debate actual sobre cuestiones de la vida, dicho en otras palabras, la bioética se encuentra en la encrucijada, por lo que resulta necesaria una reflexión y una regulación jurídica en los temas y problemas que abarca esta disciplina, así como la búsqueda de un consenso y un diálogo reflexivo y respetuoso como acertadamente se señaló, en el tercer congreso internacional de bioética, en el Estado de México, donde participó activamente la Comisión de Bioética del Estado de México, los días 12, 13 y 14 mayo de 2010.

Problemática y campos de acción de la bioética

La procreación humana

Esta abarca la sexualidad humana, las técnicas de reproducción asistida, la inseminación *post mortem*, los embriones congelados y la maternidad subrogada.

Se podría hacer un estudio profundo de cada uno de estos temas, sin embargo, el presente trabajo se centra en señalar algunos dilemas éticos y el vacío legal existente respecto algunos temas.

Con las nuevas técnicas de reproducción asistida, que si bien es cierto, ayudan a las parejas con problemas de esterilidad e infertilidad –resulta necesario recalcar la diferencia entre los términos esterilidad e infertilidad:

Esterilidad: Incapacidad de las células germinales para la fertilización.

Infertilidad: Incapacidad para tener un hijo vivo, aunque haya existido fertilización e implantación—.

Esto trae aparejado graves implicaciones éticas y legales. En primer lugar, se puede afirmar que afectan la figura jurídica de la filiación, ya que para procrear no es ya necesario el contacto carnal, cuya prueba exigen los antiguos códigos para reputar cierta la paternidad. Los esposos pueden encontrarse en las antípodas y, aun muerto el cónyuge, la mujer es susceptible de embarazarse con semen del marido depositado en un congelador; un examen de DNA puede establecer la procedencia genética y dejar establecida la paternidad sin lugar a dudas, sin largos, molestos y costosos procesos judiciales y, de la misma manera, es idóneo para demostrar lo contrario. Asimismo, se puede procrear con donadores de semen y óvulos, o contratar los servicios de una madre subrogada, etc. En tales casos, ¿quién es la madre? ¿la que gesta y pare aunque no hubiese aportado elementos genéticos? ¿la madre biológica que no gestó ni parió?, o, ¿la que pagó para que otra mujer se embarazara por ella?

Cabe señalar que aunque el Código Civil para el DF ha sido vanguardista en esta temática, existen actualmente contradicciones y vacíos legales. Por ejemplo, no existe regulación jurídica respecto al contrato de maternidad subrogada, de igual manera no existe un consentimiento informado; como lo afirma Dora García Fernández, para las parejas que decidan tener un hijo por medio de las técnicas de reproducción asistida, en donde se les informe acerca de las repercusiones éticas, físicas y psicológicas involucradas en dicho procedimiento (García. D, 2009).

Cabe mencionar que las parejas que recurren a la fertilización *in vitro* (también llamada extracorpórea), presentan graves implicaciones éticas y legales respecto a los embriones sobrantes o supernumerarios: ¿cuál es la naturaleza jurídica del embrión? ¿es una persona desde el momento en que es concebido o desde cuándo? ¿quién tiene el derecho de decidir su destino, si aportarlo a la investigación científica?, ¿abandonarlo a su suerte?, ¿destruirlo después de un determinado tiempo? ¿es lícita la adopción de embriones congelados? Si el niño nace anormal, ¿quién sería el responsable y quién estaría obligado a velar por él?

¿debe conocer el niño la forma en que fue concebido? ¿tiene derecho a conocer su identidad?

Asimismo el depósito de células germinales y su comercio ofrecen otra gama de problemas: ¿cuál es la naturaleza jurídica de una célula germinal? ¿es legal su comercialización? ¿qué responsabilidad asumen quienes las aportan? y, en relación con este comercio, ¿tienen las mujeres y hombres solteros o parejas homosexuales derecho a utilizarlas y traer al mundo seres que no nacerán en el seno de una familia? (Hurtado, O. 2006).

Ante estos cuestionamientos, los juristas auxiliados por médicos, bioeticistas y filósofos tienen una enorme y compleja tarea por delante, impedir que los nuevos hechos sean ignorados en perjuicio del orden social y que atenten contra la dignidad y la vida de todo ser humano.

El tema del aborto y el inicio de la vida

El aborto, desde los albores de la humanidad, ha sido un tema muy controvertido, sin embargo, resulta insostenible que en pleno siglo XXI sigan las dudas en cuanto a en qué momento inicia la vida. Desde el momento de la fecundación inicia la existencia de una nueva vida específicamente humana, dotada de un código genético único e irreplicable, no idéntico ni al de la madre ni al del padre (Calva. P, 2008).

En la quinta semana de gestación en el embrión, de aproximadamente un cm de longitud, están presentes el cerebro, el corazón y los tractos pulmonar, gastrointestinal y urinario primitivos; en la sexta semana los miembros primordiales son claramente visibles, y hacia el final de la séptima semana la forma corporal está completa.

Con las recientes reformas realizadas a los artículos 144 a 147 del Código Penal, y las adiciones de los artículos 16 bis 6 y 16 bis 8 de la Ley General de Salud, ambos ordenamientos para el Distrito Federal, publicadas el día 26 de abril del 2007 en la gaceta oficial de dicha entidad federativa, se suscitó un nuevo debate en torno al aborto, y la inconstitucionalidad de dicha reforma.

Históricamente acudieron hombres y mujeres de diferentes profesiones, entornos y trayectorias a dar

sus argumentos ante el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. La resolución del Máximo Tribunal de Justicia fue a favor de la constitucionalidad de la ley en cuestión, a pesar de que atenta contra principios contemplados en nuestra carta magna, viola tratados internacionales y da lugar a varias incongruencias legislativas, esto en parte debido al argumento de que el aborto es una causa de muerte importante en la mujer en el D F, a lo que resulta necesario puntualizar que el aborto es un procedimiento delicado que siempre pone en peligro la vida de la mujer, independientemente de que se haga en una clínica clandestina o no, de lo cual, la mujer carece de información clara y veraz, existe un vacío legal al respecto.

¿Por qué no se le da a la mujer un consentimiento informado, aclarando todas las consecuencias físicas, psicológicas y post traumáticas que surgen a consecuencia de un aborto? ¿con qué recursos humanos y materiales se está respondiendo a todas estas consultas y servicios de hospitalización, si antes de despenalizar dicha práctica existía gran ineficiencia por parte de los mismos?

Si de verdad existe una preocupación de los gobernantes por la salud de las mujeres, ¿por qué no se crean campañas de apoyo para la mujer embarazada? y ¿por qué no se agilizan los trámites para la adopción?

Si bien es cierto que la bioética y el derecho deben velar por el bien de la madre, también lo deben hacer por el embrión, ¿pues qué vida vale más que otra? (Malpica. L. 2005).

Las nuevas biotecnologías y el desciframiento del mapa genético

La investigación en materia de biotecnología ha avanzado a un ritmo que no corresponde con la generación de instituciones legales en ninguna parte del mundo, y México no es la excepción. En principio, el conocimiento del genoma ha sido visto como el paso para intentar curar enfermedades de origen genético. Los beneficios pueden ser muchos, la vida humana podría prolongarse y una gran cantidad de enfermedades detectadas a tiempo podrían evitarse y prevenirse; no obstante, el estudio del genoma humano trae aparejado diversidad de problemas éticos, científicos, religiosos, jurídicos.

Uno de esos enormes riesgos sería la violación al derecho a la intimidad, ya que todo ser humano tiene derecho a que se respete la inviolabilidad de su dignidad, y al ser ultrajado este derecho por el conocimiento y desciframiento del mapa genético nos enfrentamos al grave problema de la discriminación genética, la cual traería afecciones al derecho a la igualdad y la no discriminación, entre otros (García, D., Malpica, L. 2006).

Por mencionar algunos ejemplos: un alumno portador del virus del SIDA podría tener dificultades para escolarizarse y para disfrutar de su derecho a la educación (art. 3º constitucional), las industrias podrían seleccionar al personal sobre la base de su salud genética y las compañías de seguros tenderían a manejar los datos genéticos en su provecho, negando cobertura a determinados individuos o imponiendo primas altas. Si a esto agregamos que los datos genéticos de los individuos pueden ser accesados con facilidad por terceras personas o entidades (empresas, compañías de seguros, etcétera), podría suponer un grave atentado a la intimidad y poner en grave peligro las expectativas de la persona afectada en sus diversos ámbitos: familiar, educativo y de salud, entre otros (Malpica, 2006).

En cuanto al contenido de la legislación mexicana, cabe señalar que la protección de la intimidad existe por interpretación extensiva y por derivación conceptual en algunas otras garantías (arts. 14 y 16 constitucionales, así como en preceptos de regulación secundaria y en tesis, o precedentes de jurisprudencia. Por lo que surge la reflexión planteada por Dorage Rueda: ¿valdría la pena elevar a rango de garantía individual este derecho para eliminar el fenómeno de la discriminación genética? (Rueda D. 2008).

El presente trabajo constituye un paso fundamental, así como la creación de una agencia de protección de datos personales para dicho derecho, que definitivamente constituye un acervo y patrimonio de la persona humana.

La clonación y las células madre

La clonación consiste en una reproducción artificial y asexual de una célula o individuo genéticamente idéntico a otro ya existente. Existen diferentes

métodos de clonación, el más conocido e importante para el hombre es la transferencia de núcleo, este fue experimentado en Escocia en 1997 cuando nació la oveja Dolly, primero se extrajo el núcleo de un óvulo no fecundado, posteriormente se reemplazó con el núcleo extraído de una célula somática (patrimonio cromosómico completo) que puede consistir en una célula de piel, intestino, cabello, etc., de otra oveja. Finalmente, el óvulo sin núcleo se fusionó con el nuevo núcleo y se trasladó al útero de una tercera oveja donde se desarrolló hasta el nacimiento de Dolly. Aquí cabe la primera pregunta: ¿dónde queda la carga genética del padre, y su participación en la procreación de un nuevo ser? (Lucas, R. 2007).

En cuanto a los tipos de clonación se clasifican principalmente en:

Clonación reproductiva: su objetivo es conseguir el nacimiento de un nuevo individuo vivo, idéntico al clonado, en cuyo caso, ¿se puede considerar al clon una persona? ¿cuáles serían sus derechos? ¿no se atentaría contra el principio de unicidad e irrepetibilidad del ser humano?

Clonación terapéutica: se puede afirmar que su objetivo es producir un embrión, del que se prevé la interrupción de la vida en los primeros estadios de desarrollo para obtener células madre, que podrían trasplantarse al enfermo y lograr su cura; sin embargo, ¿el fin justifica los medios? ¿es lícito usar un embrión como medio para salvar a otro?

En la clonación terapéutica se afirma que las células madre, sólo pueden obtenerse del embrión o de algunos tejidos como el condón umbilical; sin embargo, Carmina Flores afirma que todo individuo adulto posee células madre, las cuales resultan más difíciles de obtener, más de ninguna manera imposible (Flores, C. 2005).

A pesar de que el artículo 154 del Código Penal del Distrito Federal prohíbe la manipulación genética y la clonación, se considera necesario adicionar el concepto de clonación terapéutica e incluir dichas prohibiciones en la Legislación Penal Federal.

El tema de la eutanasia

El término eutanasia, deriva del griego eu (bueno) y

thánatos (muerte), y significa buena muerte. En la mentalidad común, sin embargo, significa la muerte de un enfermo terminal provocada voluntariamente, sea a través del suministro de sustancias letales (eutanasia activa), o ya sea a través de la omisión de los cuidados debidos (eutanasia pasiva) (Lucas, R. 2007).

Resulta necesario señalar que existen dos palabras que deben mencionarse, ya que en numerosas ocasiones se confunden con el concepto de eutanasia.

Entiéndase por distancia, el hecho de preservar la vida del paciente a toda costa, lo que provoca en numerosas ocasiones el llamado encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. Por el contrario la ortotanacia consiste en proporcionarle al enfermo los cuidados paliativos para evitar el sufrimiento.

Para contrarrestar los efectos de la distanacia o ensañamiento terapéutico, se aprueba en enero de 2008, La Ley de Voluntad Anticipada en el D F, la cual faculta al enfermo terminal (aquel cuyo pronóstico de vida no es mayor a los seis meses) a solicitar ante notario público y frente a dos testigos y en un documento escrito, que quiere renunciar a los tratamientos médicos extraordinarios con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico, asimismo puede hacer constar en dicho escrito si desea donar sus órganos.

Tratándose de menores, dicha solicitud por escrito la podrán hacer los padres o tutores; para el caso de incapaces, podrían solicitarla en primer lugar el cónyuge, la concubina, el concubinario, el conviviente, hijos, padres, hermanos y nietos.

En relación a la ortotanacia, cabe destacar que el 5 de enero de 2010 se adiciona al título VIII de la Ley General de Salud, los cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal. Dicho título tiene por objeto salvaguardar la dignidad de los enfermos proporcionándoles los cuidados básicos (higiene, alimentación e hidratación) y los cuidados paliativos (el control del dolor, así como apoyo psicológico, social y espiritual), con la finalidad de evitar el mayor sufrimiento en los pacientes terminales.

Se puede afirmar que ambas disposiciones buscan el mayor bienestar del enfermo dentro de sus posibilidades y evitar el ensañamiento terapéutico,

aunque si se debe aclarar que en México está prohibida la eutanasia y la ayuda o inducción al suicidio, tanto en la legislación penal del D F (arts. 142, 143 y 143 bis), como en el Código Penal Federal (arts. 312 y 313).

Por último, se recalca en este apartado que serían graves las consecuencias de la legalización de la eutanasia. Se puede observar que en Bélgica los familiares de los médicos y los pacientes pueden adquirir en las farmacias los llamados mini kits de eutanasia, ¿acaso no estamos llegando al absurdo? ¡hágalo usted mismo!

Legalizar la eutanasia, equivaldría a dar permiso para matar ¿qué pasaría con los discapacitados y los ancianos que poseen grandes masas hereditarias? ¿quién protegería a los niños que nacen enfermos? ¿qué sucedería con los cobros de las compañías de seguros, como el caso de Terry Schiavo en Florida? (a la muerte de ésta, su cónyuge cobró un seguro de ocho millones de dólares), ¿cuál sería el límite?

Por dicha razón, se está de acuerdo en la promoción de una cultura de la ortotanacia, mas de ninguna manera se deben abrir puertas para la legalización de la eutanasia (Malpica, L. 2005).

Los comités hospitalarios de bioética

Se puede afirmar que realmente es en la década de los setentas cuando los comités empiezan a tener mayor relevancia en el mundo y más en Estados Unidos.

En 1975 K. Teel, médico pediatra, preocupado por los casos clínicos con dilemas éticos, establece como una posible solución la existencia de los comités de ética en los hospitales.

En el caso Quinlan en 1976, los padres de la paciente obtuvieron la custodia ante un juez para tomar decisiones y poder retirar el equipo que mantenía a su hija con vida artificialmente.

Durante 1983 se dio el caso Baby Doe en el que un juez dictaminó que los padres del bebé que padecía síndrome de down estaban autorizados para impedir una cirugía para mantenerlo con vida. Haciendo un breve recorrido histórico, se puede decir que en 1982 aproximadamente 1% de los hospitales contaban con la participación de los comités, cifra que en 1987 creció

al 60% y en 1997 el establecimiento de los comités hospitalarios de bioética para resolver los casos clínicos de perplejidad moral se reguló. En México surgen con el reglamento de la Ley General de Salud en 1986.

Se puede señalar que las funciones de los comités consisten principalmente en brindar asesoría y dar consulta ética así como legal sobre casos clínicos complicados. Los comités tienen una composición interdisciplinaria, es decir, están conformados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesionistas de pastoral, filósofos, teólogos, administradores y abogados.

Como lo afirman el Dr. Oscar Martínez y el Dr. Gutiérrez Samperio, el problema fundamental al que se enfrentan hoy los comités, es la falta de preparación y conocimiento de la bioética.

Por lo que se puede concluir que dada la relevancia de los casos que manejan los comités, sería necesario que aquéllos que lo conforman tengan una formación seria en bioética, ya que se puede afirmar que muchos se ostentan como especialistas sin serlo, presentándose por este motivo el fenómeno del intrusismo profesional en esta interdisciplina (Martínez, O. 2007).

La bioética y la ecología

La bioética, como indica su etimología señalada en las primeras páginas del presente trabajo, tiene por cometido tratar los problemas morales relacionados con la vida. En este sentido, su ámbito de reflexión es más amplio que el de la tradicional moral médica, que se centra en los problemas éticos que surgen de la relación entre el médico y el paciente, ya que el objeto de reflexión de la bioética es la vida en general, y no sólo la vida humana.

Esto nos lleva a considerar que uno de los retos más urgentes del actual debate bioético es la preocupación ecológica, y ello no sólo porque el deterioro medioambiental pone en serio peligro la continuidad del hombre sobre nuestro planeta, tanto en las generaciones actuales, como sobre todo en las futuras; es por esto, que el derecho ambiental y la bioética deben velar en estrecha relación por la protección de nuestro planeta (Gafo, J. 1993).

Otros temas clave en el ámbito de la bioética

En razón a que el presente trabajo está limitado en su extensión, se señalan a continuación otros temas que forman parte de la problemática actual de la bioética entre los que destacan: Las implicaciones éticas y legales de los trasplantes de órganos, el tema de los criterios de muerte encefálica; los enfermos de SIDA, los aspectos éticos y legales del transexualismo, las adicciones y, por último y no por ello menos importante, el tema de la profesionalización de la bioética debido a la temática tan profunda y crucial que esta aborda.

La bioética en los últimos años en México

Gracias a la labor realizada por el fallecido doctor Manuel Velasco Suárez, quien fue el primer presidente de la Comisión Nacional de Bioética (CNB) y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, se puede hacer mención al movimiento bioético en México (Velasco, M. 2000).

La CNB surgió en marzo de 1992. Fue establecida como parte del Consejo Nacional de Salubridad, órgano consultor del gobierno de la República Mexicana. Posteriormente en 1995 los miembros de la CNB fundaron la Academia Nacional Mexicana de Bioética, contando con la participación de médicos, abogados, enfermeras, químicos y odontólogos, así como con la participación multidisciplinaria de todas las ramas relacionadas con la atención de la salud (Velasco, M. 2000).

Es indiscutible la importante labor que han desempeñado en nuestro país la Comisión Nacional de Bioética y la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Se han celebrado varios congresos nacionales, latinoamericanos y del Caribe, los cuales han provocado que en México se den los primeros pasos en torno a la toma de conciencia sobre la importancia de las reflexiones éticas y la aplicación de la tecnología en la salud humana.

Cabe destacar que la Comisión de Bioética del Estado de México ha difundido el conocimiento de esta

transdisciplina, constituyéndose en un organismo normativo, consultivo y de enseñanza e investigación aplicada a la salud en dicha entidad y de gran relevancia a nivel nacional en los últimos años.

Por todo lo anteriormente expuesto se señalan las siguientes conclusiones:

Primera, con el gran avance biotecnológico en los últimos años, la bioética, hoy, se convierte no sólo en una disciplina universitaria sino en una realidad de alcance mundial; por lo que debe popularizarse, es decir, llegar a todo ciudadano que quiera vivir humana y responsablemente en el siglo XXI.

Segunda, en las nuevas biotecnologías siempre debe tenerse presente que el principal motor de la investigación es la conquista del conocimiento y el progreso de la humanidad, cuando estos conocimientos se revierten contra los valores fundamentales del ser humano no deben de aplicarse.

Tercera, considerando el gran campo de acción de la Bioética y la complejidad de sus casos resalta la necesidad de que todo aquel que se dedique a la bioética debe prepararse para ello, estudiando, ya sea una especialidad, maestría o doctorado, para resolver de la mejor manera posible el dilema ético.

Cuarta, la relación del derecho y la bioética es una vinculación muy estrecha, ya que a través del derecho, tenemos un instrumento idóneo para regular lo que se debe o no hacer ante determinadas circunstancias que se presentan en relación a la vida humana, no tanto desde un punto de vista técnico, sino integral, es decir filosófico, ético y moral.

Quinta, dado el debate actual de las diferentes posturas en Bioética, resulta imprescindible buscar el diálogo reflexivo y respetuoso como se señaló acertadamente en el Tercer Congreso Internacional de Bioética del Estado de México, realizada en mayo del 2010. ☞

Referencias Bibliográficas

Legislación consultada

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (2009) México: Sista.

Código Penal para el Distrito Federal, (2009) México: Porrúa.

Código Penal Federal, (2009) México: Sista.

Obras consultadas

Calva P. y L. Malpica, et al, (2008) *La vida ante la corte*, in-constitucionalidad del Aborto. México: Enlace.

Flores C. (2005) Apuntes de la materia Bioética Clínica en *Doctorado en Bioética, Universidad Anáhuac México Norte*, México.

Gafo J. (1993) *Diez Palabras Clave en Bioética*, Navarra: Verbo Divino, Navarra.

García Fernández D. (2009) "El Consentimiento Informado en las Técnicas de Fecundación Asistida" en revista *Defensa Penal*, consultada en www.defensapenal.com.mx.

Gracia Guillen Diego, (2001) Cuadernos de Bioética, Programa Regional de Chile, OPS/OMS. p.47.

Hurtado Olivier J. (2006) *El Derecho a la vida ¿Y a la muerte?*, México: Porrúa.

Lucas Lucas R. (2007) *Bioética para todos*, primera edición. México: Trillas.

Llano Escobar A. (2001) *¿Qué es Bioética?*, Bogotá: 3R.

Malpica Hernández L. (2005) "Legalizar la Eutanasia: ¿permiso para matar?", en revista *Oxígeno*, México: Bronia Nosnik.

Malpica Hernández L. en *La Vida ante la Corte*, op. Cit. p.111.

Martínez González O. J. (2007) *Análisis Internacional de los Comités de Bioética en Hospitales*, de Tarasco Marta (coord.), México: Manual Moderno.

Muñoz de Alba Medrano M. (2003), "La Bioética en los últimos diez años: México", en *Revista Mexicana de Bioética*, no. 1. México: Medilex.

Porter K., M. Tarasco et al, (1997) *Introducción a la Bioética*, México: Méndez Editores.

Potter Van Rensselaer, (1970) Bioethics, "The Science of Survival", publicado en la Revista *Perspectives in Biology and Medicine*, volumen 14.

Reich Warren, (1978) *Enciclopedia de Bioética*, volumen 1, Nueva York: Philosophica.

Rueda Doraye, (2008) *El Derecho a la Intimidad y la Grafología*, México: Porrúa.

Sgreccia Elio (1996) *Manual de Bioética*, Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, México: Diana.

Velasco Suárez M. (2000) "La Bioética en México" en el *III Congreso Nacional Latinoamericano y del Caribe de Bioética: La Bioética a fin de siglo hacia el nuevo milenio, Memorias*. México: CNB y ANMB.

Otras fuentes

Revista *El Mundo del Abogado*, Año 9, núm. 85, Mayo 2006.



Evaluación ética en **investigación:** un **método institucional**

Ana Ma. Millán Velázquez *

Introducción

Los investigadores deben siempre asumir la responsabilidad de la integridad ética de sus estudios de investigación; sin embargo, se han tenido que arbitrar procedimientos eficaces para hacer frente a los conflictos de interpretación sobre el alcance, la pertinencia y prioridad de los principios morales en determinadas circunstancias, por lo que las cuestiones éticas en este sentido se encuentran reguladas por normas nacionales e internacionales que sirven de guía o que proveen una estructura para realizar el análisis y la toma de decisiones, en este sentido, entre las que destacan: la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg, la Declaración de los Derechos Humanos y, a nivel nacional, la Ley General de Salud, entre otras, las cuales enfatizan, que el personal de salud debe proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes, asimismo se establecen las pautas para evaluar y equilibrar los beneficios y riesgos de las intervenciones con un énfasis en el deber de maximizar los beneficios sobre los riesgos.

Pero el cumplimiento de estas pautas éticas y deontológicas no evitan todos los problemas que surgen en la realización de los protocolos y estudios de investigación, ya que en muchas ocasiones exigen un de-tenido análisis y una opinión informada y consensuada por parte de los comités de ética en investigación, que están integrados por investigadores, profesionales de la salud de distintas especialidades,

administradores, abogados y representantes comunitarios, así como de invitados especiales que son expertos en la materia a tratar, guardando el equilibrio de género. Los cuales tienen como propósito el de evaluar, no sólo la cuestión científica-metodológica de los protocolos, que debe ser de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, sino vigilar que toda investigación cumpla con los requisitos éticos de calidad, que eviten poner en riesgo a los participantes o que atenten en contra de su bienestar o su dignidad.

El desafío que tienen los Comités de Ética en investigación es ponderar los posibles riesgos y beneficios y llegar a decisiones con base en un proceso reflexivo que conlleve a resolver de la manera más prudente y adecuada los dilemas éticos que se plantean en cada investigación.

Comités de ética en investigación

Los comités de ética en investigación surgen como respuesta a los dilemas éticos que se manifiestan durante el proceso metodológico para llevar a cabo investigaciones en las cuales intervienen seres humanos.

Estos comités tienen como objetivo contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los actuales y potenciales participantes en la investigación.

La doctora Ana María Millán Velázquez, tiene estudios de doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac, es coordinadora estatal del Programa de Bioética, secretaria técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y presidenta de la Academia Mexicana de Bioética, capítulo Estado de México.

Para establecer de manera concreta como funcionan estos comités en las áreas hospitalarias, en primer lugar comentaré que son una guía y un apoyo de la conciencia del investigador y una protección de las personas participantes en las investigaciones; porque da los elementos para identificar los conflictos de valores, las posibles soluciones y sus consecuencias; las razones y los argumentos de las decisiones propuestas con una actitud de respeto. Asimismo es un organismo que tiene como actividad fundamental fomentar una educación bioética institucional.

Principios éticos generales

Toda investigación en la que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo a los principios bioéticos básicos del respeto por las personas, como es la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. En este sentido es conveniente mencionar que la bioética no se reduce únicamente a estos valores morales rígidamente preestablecidos, puesto que entra mucho más en juego para poder indicar lo que es correcto o incorrecto, que está bien o mal; sin embargo, estos son los que más frecuentemente se ven implicados.

La bioética es una disciplina que se ha consolidado en la última década como un espacio de reflexión multidisciplinaria necesaria para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito de la salud y en la investigación técnica científica, ampliándose progresivamente a estudiar factores ambientales y sociales que pudieran tener repercusiones importantes sobre la salud humana.

La bioética se ha convertido en una herramienta de trabajo fundamental para los comités de ética en investigación hospitalarios, ya que identifica los aspectos ocultos en la atención médica, además de vincularse con los principios morales; justificando racional y argumentativamente los cursos de acción, por medio de múltiples formulaciones jerárquicas.

Respeto por las personas

Se refiere a la necesidad de respetar, tanto en acciones como en actitudes, la capacidad y el derecho que poseen las personas para decidir entre las acciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes

posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud, tanto en términos de intervenciones, como de investigación. Este principio es también llamado autonomía.

Se debe privilegiar la autonomía de las personas que van a intervenir en un protocolo de investigación, buscar que estén debidamente informadas, es decir, que la información sea adecuada, clara, libre de coacción, de intimidación e influencia o incentivo excesivo, para dar su consentimiento y ejercer su derecho a decidir. En este sentido el investigador tiene la obligación de presentar un documento de consentimiento informado bien elaborado.

En caso de individuos con autonomía disminuida o vulnerable, cualquier tipo de investigación que se realice debe dar mayor énfasis a su protección. Se consideran individuos vulnerables, en cuanto a su capacidad y a su libertad a los menores de edad, los pacientes psiquiátricos, las personas inconscientes, los enfermos en estado terminal. En estos pacientes, es necesario solicitar el consentimiento, informado a su representante legal. También se considera a pacientes con ciertas características culturales.

Consentimiento informado

El consentimiento informado debe ser entendido como un proceso y no sólo como un formato que el participante deba llenar, ya que la información proporcionada debe abarcar el aspecto cultural, el tipo de lenguaje, el nivel socio económico y educativo de la persona; es decir, que en este proceso se debe considerar una reflexión de acuerdo a diferentes cosmovisiones, para proporcionar verdaderamente una comunicación adecuada entre los investigadores y los participantes. Se debe cuidar la privacidad y confidencialidad de los datos que proporcione el participante y tener bien clara la posibilidad de retirarse cuando los participantes lo deseen, sin represalias ni consecuencias negativas.

Buscar el bien

Es una obligación moral que busca lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la posibilidad de daño.

La evaluación del riesgo-beneficio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios esperados y que los investigadores estén capacitados para garantizar el bienestar de los participantes. Lo anterior se entiende en bioética como el principio de beneficencia.

No hacer daño

También denominado como principio de no maleficencia, que consiste en proteger contra daños evitables a las personas que participan en un protocolo de investigación, evitar la estigmatización y discriminación, y permitir retirarse cuando el participante lo desee, sin consecuencias negativas para su salud.

Justicia

Los protocolos de investigación deben planificarse de tal manera que los casos similares se traten de manera similar y los casos considerados diferentes se traten de tal forma que se reconozca la diferencia.

Otro elemento ético muy importante que deriva de la investigación es la información obtenida y consiste en difundir los resultados de la investigación, ya que se han utilizado recursos tanto físicos, económicos y de tiempo, así como esfuerzos de las instituciones, de los investigadores y de los participantes. Las áreas involucradas tienen derecho a saber qué resultados se obtuvieron, con mayor razón si estos impactan para mejorar la calidad de vida o de la salud. La divulgación selectiva puede ser éticamente permitida, siempre y cuando sea justificable.

Normas técnicas

Todo proyecto de investigación para la salud deberá sustentarse en los artículos 67, 68, 99 y 109 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el capítulo II y III de la norma técnica número 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud y en el capítulo II de la norma técnica número 314 para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud y demás que la normatividad vigente contemple.

El comité establecerá los requisitos relacionados a la solicitud para la evaluación de un proyecto de investigación biomédica. El protocolo de investigación deberá presentarse en el formato específico para este fin, el cual será solicitado al comité de la institución donde será evaluado.

En caso de una investigación, se revisarán sus implicaciones bioéticas, el diseño científico y conducción del estudio, objetivos, metodología estadística (incluyendo el cálculo del tamaño de la muestra), el potencial para alcanzar conclusiones sólidas, número de participantes en la investigación, el consentimiento debidamente informado, cuidado y protección de los participantes en la investigación, el peso de la justificación de riesgos previsibles e inconvenientes contra los beneficios anticipados para los participantes y las comunidades comprometidas a las cuales concierne la investigación.

Asimismo, la justificación para el uso de grupo control, si es el caso, los criterios para el retiro prematuro de participantes de la investigación, los criterios para suspender o terminar completamente la investigación, disposiciones adecuadas para monitorear y auditar el desarrollo de la investigación, incluyendo la constitución de una junta de monitoreo de la seguridad de los datos; el adecuado equipo de apoyo, instalaciones disponibles y procedimientos de urgencia, y, finalmente la forma en que los resultados de la investigación serán reportados y publicados. Además del currículo del investigador o los investigadores.

Cuando el proyecto sea bajo el patrocinio de una empresa relacionada con el sector salud, el comité de investigación, de ética en investigación, de bioética estatales o locales, valorarán los posibles beneficios. En caso que se prevean donaciones, pagos en dinero o especie a los participantes del proyecto, tanto al personal de salud como a los pacientes, deberán especificarse detalladamente y si la percepción que se pretende para los investigadores no influirá en los resultados del trabajo a favor de un determinado producto o procedimiento, con la finalidad de evitar los conflictos de intereses.

En todos los casos se antepondrán los beneficios a los participantes y el principio de no maleficencia.

El investigador informará semestralmente al comité de ética en investigación sobre los avances del proyecto y la obtención de la firma de las cartas de consentimiento informado de los pacientes, hasta su terminación.

Las investigaciones para la salud en farmacología clínica deberán cumplir los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud y ser evaluados por el comité local de investigación y de ética en investigación.

Para tomar decisiones sobre las solicitudes de revisión ética de alguna investigación clínica o biomédica, se debe tomar en consideración el registro en las minutas o actas levantadas, se debe disponer de tiempo suficiente para la revisión y discusión de una solicitud, la disertación será llevada a cabo únicamente entre el personal del comité cuando el *quórum* esté presente y el secretario técnico deberá verificar que la documentación esté completa. La decisión será por consenso, debe ser comunicada al investigador por escrito con el número que la Comisión Federal de Prevención de Riesgos Sanitarios le asignó al comité.

Conclusiones

Toda evaluación ética en investigación debe determinar el riesgo que pueden tener las personas o grupos participantes susceptibles de sufrir daños adicionales a su estado actual de salud, a la estigmatización, prejuicio, pérdida de prestigio o de autoestima, o bien, la pérdida de recursos económicos como resultado

de tomar parte de un estudio de investigación. Los investigadores deberán informar a los participantes y al comité de ética en investigación de los posibles riesgos que se perciben y las propuestas para evitarlos y mitigarlos; asimismo demostrar que los beneficios exceden importantemente a los riesgos.

La evaluación científica y ética de los estudios de investigación no se pueden considerar en forma separada, un estudio que no tiene solidez científica, es poco ético y con mayor razón si se expone a los participantes a riesgos por falta de una metodología adecuada, por lo que se recomienda que sea evaluada en primer instancia la parte técnica o metodológica del estudio de investigación por un comité de investigación idóneo, para demostrar su solidez científica y, posteriormente, analizar si busca el beneficio previsto para el participante y el adecuado manejo del proceso del consentimiento informado, entre otros requisitos éticos mencionados en el desarrollo de este documento.

Finalmente, cabe hacer referencia a los documentos para consulta más profunda en la materia, entre los que destacan: el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que contiene los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, y, otro documento que podría consultar y no menos importante, el Informe Belmont que establece los principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación, entre otra vasta bibliografía relacionada con el tema.☞

Referencias Bibliográficas

Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los comités de ética en investigación (2005), México: Comisión Nacional de Bioética.

Ley General de Salud, actualizada el 18 de diciembre de 2007.

Programa de acción específico 2007-2012. *Estrategia para el fomento de la cultura bioética (2007)*, Comisión Nacional de Bioética, México: Secretaría de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, actualizado al 18 de diciembre de 2007.



Los **comités hospitalarios de bioética** del **Instituto de Salud del Estado de México**

César Humberto Botello Ortíz *
Ana Ma. Millán Velázquez **

En este artículo se esboza el desarrollo histórico de los comités hospitalarios de bioética del Instituto de Salud del Estado de México, describiendo su creación, funciones y operación hasta concluir con una serie de recomendaciones de orden teórico, metodológico y administrativo para la formación y operación de estos comités.

Los comités hospitalarios de bioética, son grupos interdisciplinarios que se ocupan de educar y difundir los principios de la bioética: la beneficencia, no maleficencia, equidad, justicia, el respeto a la vida humana y su dignidad; así como a la consulta asociada a dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria. También se ocupa del análisis de la responsabilidad moral y ética de los médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud.

Estos surgen por la necesidad de encontrar un equilibrio en la transferencia de tecnologías, en la relación médico-paciente en la protección y defensa de la vida, en una nueva conciencia moral orientada a la evaluación de casos clínicos en los que, por sus características, exista un conflicto o dilema que resolver, como en los casos de tratamientos muy prolongados en terapia intensiva, pacientes en coma profundo, en recién nacidos con malformaciones congénitas, en impedimentos al tratamiento por cuestiones religiosas y en conflictos en la decisión del tratamiento entre el médico y el paciente, entre otras deliberaciones de índole ética.

En el año 2005 en el Estado de México se instala la Comisión de Bioética y el Comité de Bioética del Instituto de Salud. A partir de esta fecha se han instalado de manera paulatina los comités hospitalarios de bioética del Instituto de Salud del Estado, hasta alcanzar el 97% de los hospitales con más de 60 camas en el 2009.

Debe tenerse en cuenta que un comité hospitalario de bioética actúa como la conciencia del hospital, ya que dirigen los dilemas éticos que ocurren dentro de la institución. En el área de la salud existen conflictos que no se ubican para su solución en los tribunales de justicia o en los responsables administrativos de la unidad, por las características tan complejas de este tipo de situaciones ya que en estos casos están involucrados problemas de tipo moral o ético, y resulta muy difícil la interpelación de la práctica médica a la teoría ética.

Para abordar estos dilemas los comités deben contar con una metodología de análisis, que consiste en definir los pasos que se deben seguir de manera ordenada para hallar la forma de proteger a la persona en su dignidad (Sgreccia, 1999). Por lo anterior, se hace necesaria la conformación de un comité que atienda este tipo de conflictos.

En las unidades del Instituto de Salud del Estado de México, estos comités están integrados por un presidente, un secretario técnico, un coordinador

* El maestro en Salud Pública César Humberto Ortíz, es jefe de la unidad de Enseñanza Investigación y Calidad del ISEM y vicepresidente de la Comisión de Bioética del Estado de México.

** La doctora Ana María Millán Velázquez, tiene estudios de doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac, es coordinadora estatal del Programa de Bioética y secretaria técnica de la Comisión de Bioética del Estado de México y presidenta de la Academia Mexicana de Bioética, capítulo Estado de México.

operativo (que es el jefe de enseñanza de la unidad), y vocales que son parte del personal de los servicios más representativos; asimismo, un abogado, un representante religioso y asesores independientes de ser necesario; adicionalmente, asisten invitados de acuerdo a los temas a analizar. Se pretende que los integrantes tengan conocimiento relativo a la bioética o bien capacitarse en dichas áreas, por lo que se tienen programados cursos, encuentros y congresos anuales, a los cuales se les invita a participar con la finalidad de formar en ellos un perfil bioético y que los casos se evalúen con equidad, justicia, calidad, eficiencia y eficacia, en un marco humanístico.

Las funciones que la normatividad contempla para los comités son: revisar, evaluar y dictaminar sobre los casos clínicos particularmente complejos que impliquen decisiones con peso moral y ético; difundir entre los profesionales, técnicos, auxiliares de salud y la sociedad en general, los principios y valores bioéticos, y vigilar la aplicación de la normatividad vigente en la materia. (Comisión Nacional de Bioética, 2009)

Los comités deberán asesorar a los profesionales de la salud sobre los criterios que han de adoptar con respecto a controversias morales y éticas concretas, centrando su labor en los principios bioéticos, normas y valores que imperan en el ámbito de la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores inconvenientes a los que se enfrentan, es a la dificultad de integración, ya que son pocos los profesionales que cuentan con conocimientos bioéticos, y a la falta de un proceso metodológico para el análisis de los casos.

Desde el punto de vista de su composición y funciones, estos comités se consideran del tipo ético-praxiológico porque evalúan las diferentes opciones terapéuticas aplicables a un determinado paciente, representa estar comisionado para toma de decisiones éticas que envuelve en su praxis hechos y valores, o conceptos científicos e ideas filosóficas. Esta obligación que recae en el comité surge de la propuesta o solicitud de una persona que esté involucrada en el conflicto, o por el presidente. Esto expresa la necesidad de contar con una metodología de análisis del problema moral al cual se aboca el comité.

Para García Guillen, las fases para el análisis del problema moral son primero la valoración del pro-

blema; después, el análisis de la corrección del acto; el análisis de la bondad del acto; y, finalmente, la toma de decisiones (Guillén, D. 1991).

Para Kieffer, el método es primero el planteamiento del problema; después, la identificación de los cursos alternativos de acción, seguido del análisis de las consecuencias de cada vía de acción; la ordenación de los valores existentes, y la selección basada en el análisis (Tealdi y Mainetii, 2008).

El método para Diego Gracia es la deliberación clínica, que busca analizar el problema en toda su complejidad, que supone ponderar tanto los valores y principios implicados con las circunstancias y consecuencias del caso a fin de buscar una solución óptima o menos lesiva.

Establece ocho pasos para el análisis crítico de casos bioéticos, que son:

- (1) presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión,
- (2) discusión de los aspectos médicos de la historia,
- (3) identificación de los problemas morales que presenta,
- (4) elección, por la persona responsable del caso, del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir,
- (5) identificación de los cursos de acción posibles.
- (6) deliberación del curso de acción óptimo.
- (7) decisión final,
- (8) argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

El análisis de los casos con implicaciones éticas no es tarea fácil, sin embargo, siempre es conveniente seguir algún procedimiento sea cual sea, recordando lo que menciona Diego Gracia: que los problemas éticos consisten siempre en conflictos de valor, y los valores tienen como soporte necesario los hechos. De ahí que el análisis debe partir del estudio minucioso de los hechos clínicos, ya que cuanto más claro estén éstos, mayor será la precisión con lo que se podrán identificar los problemas de valor (Diego Gracia, 2001).

La preocupación y ocupación de todos los que estamos involucrados es que creemos conveniente que los comités hospitalarios de bioética den pasos de crecimiento progresivo, por lo que podrán crear grupos de trabajo, así como recabar la asesoría de

consultores o expertos que podrán participar en sus sesiones con voz pero sin voto. Asimismo, el comité podrá identificar de entre sus miembros uno o más que, por su especial formación, puedan actuar como consultores en situaciones de excepción.

La participación como miembro del comité será siempre a título individual y nunca como representante o portavoz de asociaciones o colectivos. Cada tres años se renovarán de uno en uno a los miembros del comité, debiendo en lo posible capacitar a los nuevos integrantes. La convocatoria de renovación será pública. Los miembros del comité podrán perder su condición por cualquiera de las siguientes causas: a petición propia del interesado, dirigida al presidente del comité; por cese de su actividad profesional: traslado, enfermedad, etc.; por manifiesto incumplimiento de las obligaciones asumidas como miembro del comité o de las normas de funcionamiento del mismo; por resolución firme que conlleve la inhabilitación o suspensión de sus funciones, durante el tiempo que dure la inhabilitación o suspensión y por falta de colaboración e indiscreción de los problemas tratados. La pérdida de la condición como miembro del comité deberá ser propuesta por el presidente del mismo, por propia iniciativa o a petición de la mitad de los miembros, y acordada por la mayoría de los miembros del comité. Las bajas serán sustituidas lo antes posible por personas que satisfagan los requisitos exigidos dentro del correspondiente comité.

Para la operación los comités deben elaborar su programa de trabajo anual, el cual será aprobado por los integrantes. Las sesiones ordinarias se realizarán de manera mensual y las extraordinarias de acuerdo a las particularidades y prioridades, debiéndose levantar el acta correspondiente con un sentido de confidencialidad. La convocatoria para las sesiones se enviará con el orden del día. Los acuerdos emitidos en la reunión serán válidos si se cumple con el mínimo

requerido de quórum o por indicación directa del presidente del comité, (se considera *quórum* para la celebración de las sesiones ordinarias, la asistencia del presidente y/o del secretario técnico y de por lo menos 50% más uno de los miembros). De no integrarse el *quórum*, se convocará en un segundo llamado a los treinta minutos y se celebrará con el número de miembros que se encuentren presentes.

Las actividades educativas internas serán dirigidas a todos los miembros del comité, para mejorar su actividad dentro del mismo; y las educativas externas enfocadas a la formación del resto del personal de la unidad, con el propósito de potencializar la sensibilidad moral frente a las cuestiones éticas que afectan su desempeño en la práctica clínica, con la finalidad de formar recursos humanos en el campo de la ética clínica. Integrar una biblioteca en bioética o bien participar en la recolección de bibliografía e información que sirva como herramienta para el desarrollo de la ética clínica en la unidad, facilitando el intercambio de conocimientos, reflexiones y experiencias éticas de la práctica médica, con el fin de contrastar, articular y armonizar posturas divergentes sobre las implicaciones éticas de la práctica clínica en el centro hospitalario.

Es importante recalcar que las funciones del comité son de carácter preventivo y consultivo, no resolutivo. Elaborar un informe semestral de sus actividades al comité de bioética de su institución y elaborar una memoria anual de actividades.

Las actividades van enfocadas a buscar que a mediano plazo la bioética sea de conocimiento colectivo y que trascienda a todos los servicios y a los usuarios, con la finalidad de fomentar una cultura bioética de comportamiento cotidiano en las actividades, que se refleje en las relaciones interpersonales y en la calidad de los servicios de las unidades hospitalarias. ☩



Glosario

Bioética:

Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizado a la luz de los valores y principios morales.

Casos clínicos:

Se define como la identificación de un caso concreto, por las características particulares y los problemas éticos presentes en él y por las implicaciones que este caso pueda tener en otros.

Comisión de bioética:

Órgano normativo, consultivo, de difusión, de información, enseñanza, educación e investigación que tiene como objeto difundir y salvaguardar los principios de beneficencia, no maleficencia, equidad, justicia y respeto a la vida humana, su dignidad y al ecosistema; así como vigilar el respeto de los lineamientos básicos, nacionales e internacionales respecto a la investigación en seres humanos en materia de salud.

Comité:

committere, reunir, encomendar.

Grupo de personas para tratar algún asunto.

Comité de bioética:

Instancia que atiende circunstancias en las cuales los principios morales entran en conflicto; es decir, cuando las obligaciones morales o las evidencias demandan que una persona adopte una de dos alternativas posibles, sin que dicha persona pueda escoger todas las alternativas posibles en la misma circunstancia.

Comité de ética en investigación:

Grupo interdisciplinario, inserto en una unidad de atención médica, que se ocupa del análisis ético de los protocolos de investigación, que busca la protección de los participantes actuales y futuros.

Comité local de ética clínica:

Grupo Interdisciplinario, inserto en una unidad de atención médica, que se ocupa del desarrollo de la ética clínica. Su centro de atención es, por lo tanto, el

encuentro entre el profesional de la salud y el paciente. Su agenda de investigación consiste en las preguntas éticas que surgen en el área clínica.

Consultivo:

Aplicase a las materias que deben ser consultadas con el jefe del Estado.

Dícese de los cuerpos establecidos para ser consultados por los que gobiernan.

Cultura ética:

Cultivar los conocimientos humanos materiales e inmateriales que cada sociedad dispone para relacionarse con el medio y establecer formas de comunicación entre los propios individuos o grupos de individuos, con la finalidad de buscar la concordancia con los principios filosóficos universales sobre el actuar, los valores y lo bueno.

Deontología:

Disciplina que estudia el actuar humano en relación con las normas establecidas por la sociedad, es decir, estudia el deber ser.

Deontológico:

Estudio de los deberes inherentes a una situación determinada.

Dilema:

Argumento formado por dos proposiciones contrarias, negada o concedida cualquiera de las dos queda demostrado lo que se intenta probar.

Problema o situación ambigua.

Situación de alguien cuando tiene que decidir entre dos cosas igualmente malas.

Dilemas éticos:

Son considerados aquellas circunstancias en las cuales los principios morales entran en conflicto. En otras palabras, circunstancias en las cuales las obligaciones morales o evidencias demandan que una persona adopte una de dos o más alternativas posibles, sin que dicha persona pueda escoger todas las alternativas posibles en la misma.

Disertación:

Acción y efecto de discurrir, razonar detenida y metódicamente sobre alguna materia.

Ética:

Disciplina filosófica que se orienta hacia la reflexión sobre el actuar humano (*ethos* carácter, morada del ser).

Conjunto de acciones en relación consigo mismo y con los otros que tienen como objetivo llevar a cabo una vida realizada.

Teoría o disciplina filosófica del actuar de los hombres en sociedad. Es el estudio de una forma específica de la conducta humana.

Disciplina filosófica en la medida en la que busca la concordancia con los principios filosóficos universales sobre el actuar, los valores y lo bueno.

Ética Clínica:

Evaluación, sistemática, crítica, razonada y la justificación de lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo en la práctica clínica. Las actividades centrales de la ética clínica son: las actividades centrales de la clínica de la atención a la salud, atención del paciente, enseñanza e investigación. Todas estas actividades deben estar enfocadas en la simple misión de mejorar la salud de los derechohabientes.

Cuestionamientos éticos acerca de las prácticas técnicas científicas en biomedicina, pertenecen al campo de la bioética, no de la ética clínica. Cuestionamientos éticos relacionados con la organización y funcionamiento de un hospital, el trato justo del personal de salud, por ejemplo, son preguntas que obviamente afectan la ética clínica, pero que pertenecen a la ética organizacional y no son parte de la ética clínica por sí mismas.

Ética médica:

Ética que se enfoca a la interacción moral entre el médico y el paciente. Interrelación profesional de la Salud paciente.

Relación interpersonal que sirve de base a la gestión de salud. Esta relación incluye la relación paciente-médico y paciente miembros del equipo de salud en las gestiones preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitatorias, docentes e investigativas.

Práctica clínica

La práctica clínica es el ejercicio del arte médico conforme a sus reglas, dentro de las cuales sobresalen las obligaciones morales o principios específicos, las virtudes individuales y la competencia técnica.

Principios:

Nociones primeras de una ciencia o arte.

Concepto, idea fundamental que sirve de base a un orden determinado de conocimientos o sobre la que se apoya un razonamiento.

Quórum:

El número de individuos necesario para que sea válida una reunión, votación o asamblea.

Valores:

Subsistencia y firmeza de algún acto

Cualidad o conjunto de cualidades que hacen que alguien o algo sea apreciado.

Cada una de las supuestas cualidades positivas consideradas en abstracto. ♪

Referencias bibliográficas

García Guillén D. (1991) *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA.

Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (2005) México: Secretaría de Salud.

Gracia, D. (2008) *Bioética para clínicos*. Madrid: Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud.

Manual de Operación y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, publicado el 4 de noviembre de 2006 en gaceta del Gobierno del Estado de México.

Sgreccia, E. (1999) *Manual de Bioética*, México: Diana/Universidad Anahuac.

Tealdi J.C. Mainetti J.A. (2008) *Los Comités Hospitalarios de Ética* (CHE), consultado el 28 de enero de 2010, en la dirección electrónica: www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/cap08





EFEM

ESPACIO LIBRE Y



CARTAS AL EDITOR





El humanismo en los servicios de **Salud**

Daniel Valdés García *

Apreciable lector, a través de estas líneas comparto la siguiente reflexión, con el objeto de potenciar las capacidades de los agentes de la salud, lo hago de esta manera porque mientras la ciencia busca, el artista encuentra. Y eso es justamente lo que haremos a través de una obra de Milan Kundera.

Problemática

El personaje central de Milan Kundera en su libro *La insoportable levedad del ser*; se llama Tomás y es un neurocirujano de limitada vocación médica y con serios conflictos de identidad profesional que, tras la apatía, abandona su profesión para convertirse en camionero (Kundera, M. 1993).

Este trastorno es llamado la enfermedad de Tomás (como acertadamente proponen Mariano Hernández, Luis Gérvas, psiquiatras e internistas españoles, pioneros en la descripción de la afección que denominaron así en alusión al médico frustrado), y ha recibido la denominación clínica de Burnout, síndrome de agotamiento o fatiga de compasión que incorpora el conflicto de identidad profesional junto a la indiferencia ante las responsabilidades integrales; es un cuadro asténico que afecta masivamente a los facultativos de los servicios de salud.

Trágica epidemia con posibilidades de convertirse en endemia, es el deterioro de las relaciones interpersonales en los servicios de salud. Dicho flagelo, de carácter emergente, de pronóstico catastrófico, tiene como mecanismo patogénico la erosión progresiva del marco interpersonal de la gestión de salud y

afecta tanto a los profesionales y técnicos, como a los pacientes, sus familiares y otros usuarios.

Este hallazgo clínico-sociológico es la más cruda expresión actual de la repercusión del neoliberalismo sobre la *praxis* médica y de la consecuente tendencia de los profesionales y técnicos a subvalorar el significado del humanismo, la espiritualidad y la ética en la gestión de salud.

Se insiste en la interrelación de estratos en la condición integral del ser humano, así como en el significado de salto cualitativo que se produce cuando se logran asumir como propias las necesidades de otros, aspecto considerado la médula de la vocación de servicio y de su variante en el campo de la salud: la vocación médica. Se comenta la relevancia del humanismo, la espiritualidad y la ética en todos los trabajadores de la salud, así como su alto significado para pacientes y familiares.

Propuesta

Ante servicios de salud altamente tecnificados, pero deshumanizados, algunos pensamientos vinculados con la profesión médica permiten también expresar la importancia de lo cultural y lo espiritual de los facultativos, demás profesionales y técnicos; así como la trascendencia de lo cultural en el desarrollo de la espiritualidad. El "no sólo de pan vive el hombre", "ser culto para ser libre" y el célebre aforismo de Letamendi (médico español 1828-1897) "El que sólo medicina sabe, ni medicina sabe".

* El doctor Daniel Valdés García, es presbítero de la Diócesis de Toluca, parroco de San Mateo Otzacatipan, tiene estudios de maestría y doctorado en Bioética por la Universidad Anáhuac.

Don José, además de catédrico de anatomía en Barcelona y catédrico de patología en Madrid, demuestra que el conocimiento de un tema específico debe estar relacionado con una actitud abierta hacia el saber general, hablan por sí solos de la relevancia de lo cultural, mientras que el “haz bien y no mires a quien”, “el sentir la bofetada en la mejilla ajena” y “el estar junto al deber y no junto al provecho” expresan la sensibilidad, compasión, e involucramiento desinteresado de los integrantes del equipo de salud, mientras que “el saber dar sin recordar y recibir sin olvidar” pudiera aplicarse como pauta espiritual en la relación maestro-discípulo, desde Hipócrates a la fecha.

El reconocimiento de que el humanismo, la espiritualidad y la ética resultan términos íntimamente relacionados y que, en muchos casos, abarcan campos superpuestos, sería tan justificado como aceptar que el desarrollo de estas virtudes en los miembros del equipo de salud resulta una tarea tan trascendente como esforzada y permanente. No se trata de un humanismo que se lea, sino que se vea.

Las relaciones con el paciente en el marco institucional, donde se enfatiza la relevancia de perfeccionar las relaciones interpersonales de servicio de todos los integrantes del equipo que se considera integrado por el chofer de ambulancia, el jardinero, el portero, el camillero, el personal de admisión, archivo e información, así como ascensoristas, trabajadores de nutrición, auxiliares de limpieza, estudiantes de nivel técnico y superior, técnico de diagnóstico y terapéuticos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos, residentes, profesores y directores.

Se destaca y se ratifica ahora que estos y muchos otros trabajadores de la salud que se proyectan hacia la atención primaria, deben desarrollar cada vez más sus potencialidades interpersonales ya que la ampliación

del espectro de gestiones derivadas de concepciones promocionales, preventivas, protectoras, curativas, diagnósticas, terapéuticas rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, condicionan que todos los participantes en las diferentes tareas, deben ser capaces de ubicarse en cada momento de la vida laboral en la situación de los usuarios de los servicios de salud.

¡Curar no es optativo, es imperativo! En el terreno asistencial es importante también el efecto terapéutico implícito en la amabilidad y solidaridad de un camillero, del personal de admisión e información, en fin, de todos aquellos, que en representación de las instituciones de salud son conscientes del alto significado del cumplimiento de sus tareas, de su trato respetuoso y solícito con pacientes, familiares o usuarios presuntamente sanos. Los colectivos morales a cuya generalización se aspira, son actualmente la más nítida expresión de la cristalización de estos conceptos y la piedra angular de la ofensiva por la excelencia en los servicios de salud.

Sin embargo, es necesario reconocer que el nivel de involucramiento con base en la formación recibida y el rol desarrollado es significativamente mayor en aquellos con rango técnico o profesional, y que el cumplimiento estricto de los preceptos de la ética médica es por ello su responsabilidad fundamental. Los restantes trabajadores deben, empero, responder a los principios generales de la ética interpersonal y tener conciencia de sus potencialidades espontáneas de ayuda, implícitas en el desarrollo de su espiritualidad, en el cumplimiento estricto de sus funciones y deberes, en la superación constante de su educación formal y cultural, y de su disposición solidaria incondicional; todo ello a la medida de sus posibilidades en cada perfil de trabajo. Es necesario llamar a los capacitados y capacitar a los llamados. ☩

Referencias Bibliográficas

KUNDERA, Milán. (1993) *La insportable levedad del ser*, Barcelona: RBA Editores.



El respeto a la autonomía de las personas enfermas en situación terminal: un derecho humano

Miguel Ángel Cruz Muciño *

Vivir con dignidad es una característica que distingue a las personas, que está indivisiblemente asociada a los derechos de igualdad, libertad y salud que, conjuntamente, permiten decidir la forma en que deban ser tratadas por la terapéutica.

El principio de autonomía de las personas diagnosticadas con un padecimiento reconocido irreversible, progresivo e incurable, que se encuentra en estado avanzado con un pronóstico de vida inferior a seis meses, cuya dignidad se deteriora por los severos dolores físicos y malestares emocionales, la dificultad para acceder a cuidados paliativos, la falta de asistencia tanatológica, la prolongación artificial y desproporcionada del proceso de muerte, el dispendio de recursos de la familia, el abandono de la persona, la falta de sensibilidad y capacitación del personal de salud, y la discriminación; debe entenderse como el derecho para acceder, fundamentalmente, a cuidados paliativos o como la potestad para decidir sobre la atención médica que desean recibir o la suspensión de ésta, con pleno conocimiento de los alcances de su decisión.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de octubre de 2005 y la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*, establecen que 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, reconociendo, además, el derecho de sujetarse o no a procedimientos terapéuticos.

Por lo mencionado, los profesionales de la salud, deben evitar el sufrimiento, procurando que las personas tengan una calidad de vida adecuada hasta su muerte; por lo que, en sus esfuerzos curativos, habrán de prescindir de las medidas desproporcionadas, que prolonguen el proceso de muerte cuando no existe la posibilidad de restablecer su salud.

Derivado de lo anterior, se han incorporado a la legislación nacional herramientas cuyo objeto se encamina a planificar, anticipadamente, las decisiones de las personas en caso de padecer una enfermedad en estado terminal; estableciendo límites a los profesionales de la salud que los atienden.

Así, esas herramientas a través de las cuales las personas orientan y delimitan la intervención terapéutica, respecto al tratamiento de su enfermedad, constituyen documentos que deberán ser tomados en consideración cuando el paciente no pueda expresar, personalmente, su voluntad.

Por lo expuesto y con el objeto de proporcionar una atención integral, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en coordinación con el Instituto

* El licenciado Miguel Ángel Cruz Muciño, es director jurídico y consultivo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

de Salud del Estado de México, académicos e investigadores de la Universidad Anáhuac y especialistas en la materia de nivel nacional e internacional, presentó ante la legislatura local, la iniciativa de *Ley de Voluntad Anticipada y Asistencia Tanatológica en el Estado de México*, guardando congruencia con lo establecido en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, los instrumentos internacionales celebrados y aprobados por nuestro país, y con la *Ley General de Salud*.

Esa iniciativa permitirá a las personas rechazar la adopción de medidas desproporcionadas con el objeto de alargar el proceso de muerte, optando por recibir cuidados paliativos para reafirmar su vida sin acelerar o posponer la muerte, a través de un plan de atención activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamientos curativos. Privilegiando

el control del dolor, así como la atención psicológica, social y espiritual.

Asimismo, prevé los derechos, obligaciones y facultades del personal e instituciones de salud; y establece la prohibición para que, bajo el amparo de esa ley, se practique el homicidio por móviles de piedad y el suicidio asistido conforme lo señalan el *Código Penal Federal* y el *Código Penal del Estado de México*.

Finalmente, la iniciativa contempla la asistencia tanatológica, a efecto de proporcionar atención profesional e integral a cargo de un equipo interdisciplinario, tanto al paciente, como a sus familiares, representantes y personas cercanas, con el objeto de comprender la situación y consecuencias de la enfermedad, para enfrentar la muerte y el duelo. ☩

Referencias bibliográficas

Álvarez-Uría M. y P. Riera Rovira, (2005) *Diccionario México; científico y divulgativo*. España: Madu Ediciones.

Convenio de Oviedo.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Guía Nacional para la Integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. (2005) Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

Ley General de Salud.

Memorias CNB 1: Homofobia y Salud. (2009) Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

Memorias CNB 2: "Muerte Digna". (2008) Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

Memorias CNB 3: "Aspectos Sociales de la Bioética". (2009), Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

"National Bioethics Commission: Its mandate and approach". *Revista Bioethical Debate*, (2007) Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

Programa de Acción Específico 2007-2010 "Estrategia para el fomento de la cultura bioética". (2008), Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, México.

Rebolledo Mota J. F. (2006) *El médico y el dolor, el dolor del médico*. México: Independiente.

Rebolledo Mota J. F. (2006) *El trabajo de morir; bases para la asistencia médico tanatológica para una muerte digna*. México: Independiente.





IFEM

LECTURAS RECOMENDADAS



PRINCIPLES OF
BIOMEDICAL
ETHICS FIFTH
EDITION



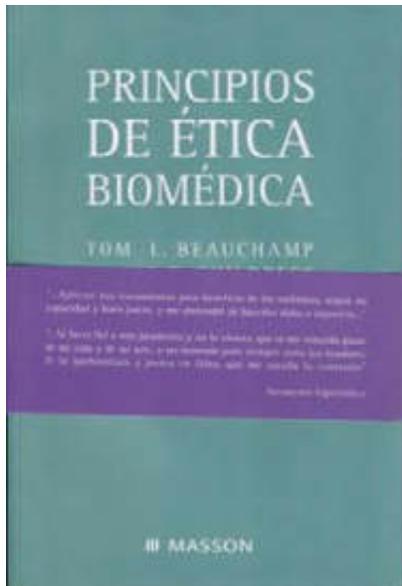


Alma Cuevas George *



R. Francesc Torralba, (2005), *El concepto de persona. Síntesis Histórica y Epílogo: Hacia un concepto inclusivo de persona: ¿Qué es la dignidad humana?*, Barcelona, España: Herder.

¿Se ha convertido la palabra dignidad en una palabra vacía? ¿Qué significados alberga esta expresión? ¿Por qué se reitera en las grandes declaraciones universales, en las constituciones democráticas y en los códigos deontológicos? ¿Qué significa vivir con dignidad? ¿Qué dignifica morir con dignidad? El objeto central de este libro consiste en explorar el concepto de dignidad humana, desde un punto de vista conceptual histórico, y abordar las propuestas éticas de tres pensadores contemporáneos, Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris, que discuten la tesis de la sublime dignidad de la persona humana.



Tom L. Beauchamp, (1999), James Childress, *Principios de la ética biomédica* 6ª edición, Barcelona, España: Masson.

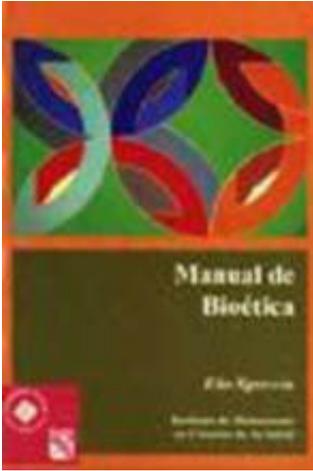
Principios de la Ética Biomédica, ofrece una guía muy original, práctica y profunda de la moral en las profesiones sanitarias. Los autores reconocidos, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, desarrollan el tema de los cuatro principios que constituyen la base del razonamiento moral en el cuidado de la salud: respeto por la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. A partir de la investigación contemporánea y la integración de los estudios detallados de casos y ejemplos vivos en escenarios que demuestran cómo estos principios, a primera vista, pueden ampliarse para aplicarse a los diversos conflictos y dilemas, desde cómo dar malas noticias acerca de si o no retener o retirar tratamientos de soporte vital.

Principios de Ética Biomédica, considera lo que constituye el carácter moral y aborda el problema del estatus moral: ¿qué derechos se deben a las personas y animales y cuándo? También examina la relación profesional

de la salud-paciente, las encuestas de las principales teorías filosóficas que incluyen el utilitarismo, el kantismo, la teoría de los derechos y comunitarismo. Describe los métodos de justificación moral de la bioética.

Ideal para cursos en ética biomédica, la bioética y la ética de atención de salud. El texto se ve reforzada por cientos de citas anotadas y una introducción importante que aclara los términos y conceptos clave.

* La maestra Alma Cuevas George, es jefa del departamento de Investigación en Salud, de la Unidad de Enseñanza Investigación y Calidad del ISEM.



Elio Sgreccia, (1999), *Manual de Bioética*, México D F, Universidad Anáhuac/ Diana.

La primera edición española de esta obra se ha realizado a partir de la cuarta italiana (2007), lo que indica el gran interés que esta magna obra ha suscitado en quienes, pudiendo leer el original, han visto en ella una importante aportación al complejo tema que aborda. La primera vio la luz en 1986 y ha sido traducida a varias lenguas europeas y al árabe. El autor ofrece en ella una clara sistematización de los aspectos científicos relacionados con la vida, al tiempo que afronta su vertiente antropológica y las consiguientes derivaciones éticas, jurídicas y sociales.

Con clara intención didáctica, cada uno de los capítulos culmina con una amplia bibliografía y una síntesis breve y esquemática de su contenido. Estas características y su metodología de trabajo, han hecho de este manual una obra de referencia en varias universidades públicas.



H. Tristram Engelhardt, (1995), *Los fundamentos de la bioética*, (traducción) Olga Domínguez, Barcelona: Paidós.

Partiendo de todos los cambios acaecidos en el terreno de la salud en las últimas décadas, que podrían resumirse en la erosión de muchas de las certidumbres tradicionales en que se asentaba la práctica médica, el autor de este libro trata de plasmar en él una ética de los problemas biomédicos, que a su vez sea capaz de dejar oír su persuasiva voz en la actual polémica acerca de cómo los hechos, las teorías y los valores se entremezclan íntimamente en los conceptos de salud y enfermedad. Cuestiones tales como los derechos de los pacientes a rechazar un tratamiento, el momento a partir del cual un feto debe tratarse como ser humano, hasta qué punto un paciente cerebralmente muerto debe seguir considerándose vivo, el aborto y la fecundación *in vitro*, e, incluso, las desviaciones sexuales y el trasplante de órganos, son, así, objeto de un minucioso análisis que, aun siendo muy crítico y controvertido, sabe combinar la comprensión práctica de las complejidades del ejercicio de la medicina con una sofisticada plasmación de ciertas dimensiones éticas y filosóficas. Un libro que estimulará y sorprenderá muy gratamente a médicos, abogados, teólogos, filósofos y en general, a todas aquellas personas interesadas por los problemas bioéticos. ☞



NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE COLABORACIONES

70

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

La revista será dirigida a población en general, que acuda a las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales, así como a los servidores públicos de las Instituciones del Sector Salud y Educativo del Estado de México. Su distribución será gratuita. Los ejemplares estarán ubicados en las áreas administrativas, jurisdicciones, centros de salud y hospitales.

Normas

Se publicarán únicamente trabajos originales e inéditos.

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

publicación, deberán ser traducidos al español, por cuenta del autor. Se consideraran 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 estar impresos en láser, escritos a doble espacio, con tamaño de letra Arial a 12 puntos y capturados en el procesador de textos *MS-Word* para *DOS* versión 5.0 o *Word for Windows* versiones seis ó siete. Deberá adjuntarse el disco en que se contenga el archivo, o bien, enviarse a nuestro correo electrónico miva06@yahoo.com.mx y bioetica.edomex@edomex.gob.mx.

La extensión de los trabajos será de siete a 15 cuartillas tratándose de artículos, y tres a siete páginas como máximo en el caso de reseñas bibliográficas.

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

En la elaboración de citas (aparato crítico) puede utilizarse, ya sea el sistema tradicional o el sistema Harvard (APA).

A todo trabajo deberá adjuntarse una síntesis curricular, así como la dirección del autor, con el fin de mantener

comunicación. Asimismo, se indicará la institución donde labora, su cargo académico, teléfono, fax y correo electrónico.

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

Contenido

Se desarrollarán artículos dirigidos al personal de salud y a la población en general con el fin de dar a conocer información importante y de interés general, en materia de bioética, para cumplir con la misión de llevar a cabo el estudio, observancia y aplicación de los valores y principios bioéticos orientados a salvaguardar la dignidad de la persona y la preservación del medio ambiente, en la prestación de los servicios e investigación en salud.

Las secciones que refieren temas de interés, normatividad nacional e internacional, artículos relacionados con el tema, noticias breves, reportajes, testimonios, cartas al editor, entre otros y se dividen en las siguientes:

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. Los lineamientos serán los mismos que se solicitan para un artículo original, las ilustraciones serán enviadas a color o blanco y negro, con el texto en magnético en la ubicación deseada. La extensión máxima es de 10 cuartillas. La bibliografía debe ser suficiente y adecuada, apegada a la normatividad vigente.

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 es de 5 cuartillas.

Perspectivas médicas y Reportes 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 siete cuartillas.

De la Ciencia a la Conciencia: Serán consideradas 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.

Reseña bibliográfica: Se 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.

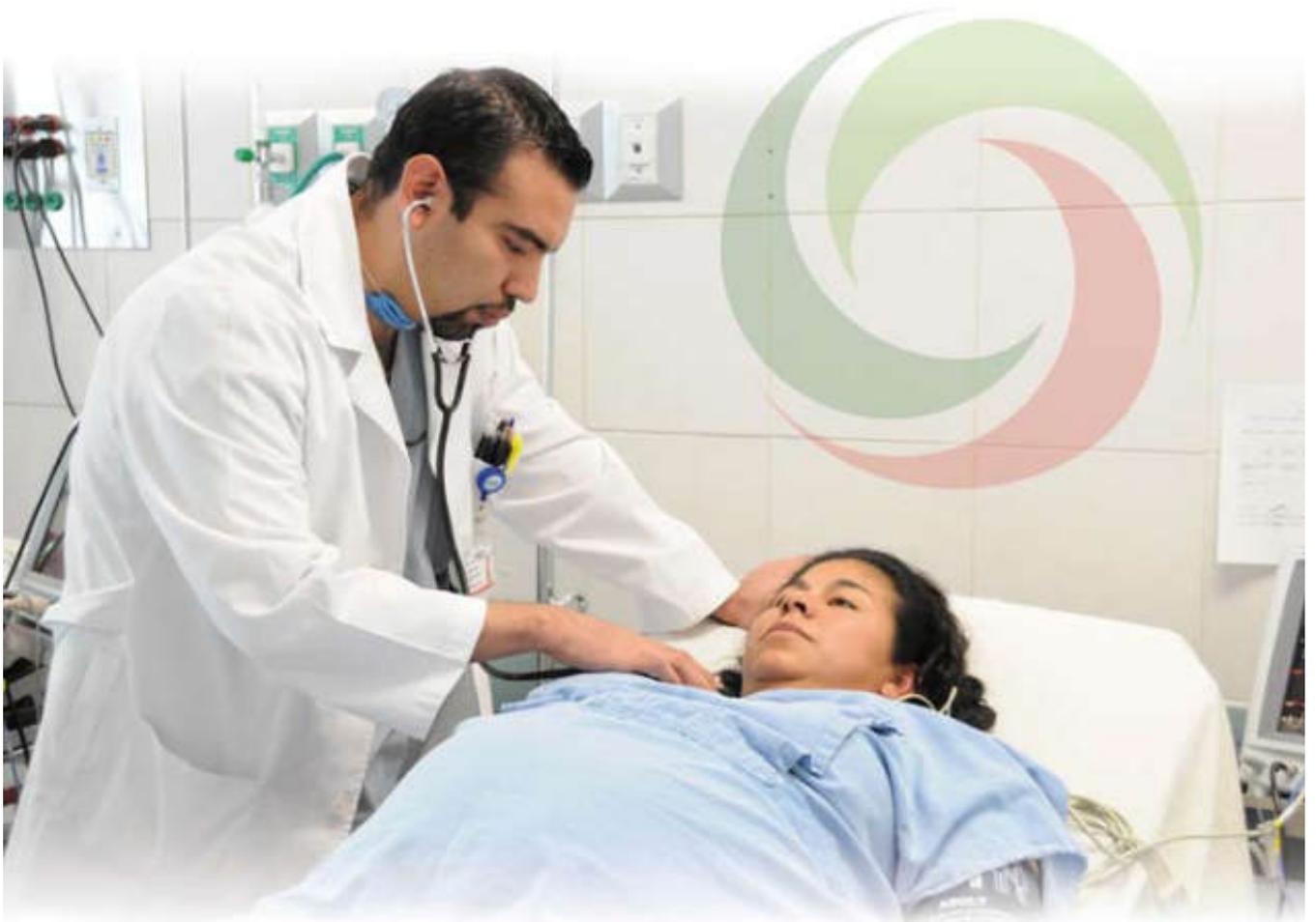
Espacio libre y Cartas al editor: En esta sección se podrá exponer comentarios, sugerencias, vivencias, felicitaciones y otros. La extensión máxima de dos cuartillas.

Colaboraciones

Cualquier persona interesada en participar podrá hacerlo, para ello se manejará un correo electrónico con la información necesaria para su inserción en la revista. Toda colaboración será expuesta ante el comité editorial para ser autorizada o no su publicación.

Créditos por autor

Las colaboraciones estarán identificadas con un autor o fuente informativa, para deslindar responsabilidades futuras o acusaciones de plagio. De ser pertinente, debe incluirse el cargo y dependencia de las colaboraciones. Evitar en lo posible los textos anónimos. En el caso de los artículos procedentes de *Internet* o alguna otra publicación, se debe asentar los datos bibliográficos o de localización.¶





Comisión de **Bioética** del **Estado** de **México**

Presidente

Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud del Instituto de Salud del Estado de México

Vicepresidente

César Humberto Botello Ortiz
Jefe de la Unidad de Enseñanza e Investigación y Calidad
del Instituto de Salud del Estado de México

Secretario técnico

Ana María Millán Velásquez
Coordinadora estatal del Programa de Bioética del
Instituto de Salud del Estado de México

Vocales

Paulino Martínez Gutiérrez
Jefe del departamento de Apoyo a la
Educación de la Secretaría de Educación

Samanta Páramo Acosta
Asesora de la Secretaría del Medio Ambiente

Luis Guillermo de Hoyos Martínez
Director de la Facultad de Medicina de la
Universidad Autónoma del Estado de México

Miguel angel Villamares García
Jefe de Enseñanza e Investigación del
Hospital General de Toluca del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

María del Socorro Romero Figueroa
Coordinadora de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Zona Poniente

Raymundo Rodríguez Moctezuma
Coordinador de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Zona Oriente





Eduardo Brea Andrés
**Coordinador de Investigación Médica del
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios**

Rosa María Estrada Arévalo
**Responsable de la Capacitación del Sistema para el
Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**

Ma. Elena Orenday Aréchiga
**Directora de Enseñanza e Investigación del
Instituto Materno Infantil del Estado de México**

Miguel Angel Cruz Muciño
**Director del Centro de Estudios de la Comisión
de Derechos Humanos del Estado de México**

Jorge Cruz Borromeo
**Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico
del Estado de México**

Alfredo Viguera Rendón
Representante de la Sociedad Mexiquense

Jesús Bermeo Méndez
**Vocal de la Comisión de Bioética de la
Academia Mexiquense de Medicina**

Claudia Lorena Vargas Alemán
**Jefe del departamento de Investigación en Salud
del Instituto de Salud del Estado de México**

Francisco Cabrera Esquitin
Asesor externo de la Comisión de Bioética del Estado de México

José Luis Mendoza Jiménez
**Representante de la Unidad de Asuntos Jurídicos
del Instituto de Salud del Estado de México**



Encuentro Nacional de Bioética

El Humanismo en los servicios de salud
inicia con una sonrisa y actitud positiva

1° de septiembre de 2010

9:00 - 14:00 horas

CE-217/A/012/10

Sede:

Auditorio "Santiago Velasco Ruiz"
Hospital Materno Infantil del ISSEMyM
Av. Alfredo del Mazo Esq. Tomás Alva Edison
Col. Científicos
Toluca de Lerío, Estado de México

Informes:

Instituto de Salud del Estado de México
Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad
Programa de Bioética
Avenida Independencia Oriente 905
Col. Santa Clara, Toluca, Estado de México
Teléfonos: (01 722) 21-8688 y (01 722) 21-5244
Mail: bioetica@saludse.com.mx
atv100@yahoo.com.mx



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

SEEM



Compromiso
Gobierno que cumple

COMISIÓN
NACIONAL
DE BIOÉTICA

SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE



COMISIÓN DE CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE
ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

ISEMYM