

TEMAS SELECTOS DE CONBIOÉTICA

Actualidades y perspectivas

Manuel H Ruiz de Chávez
Coordinador



**TEMAS SELECTOS
DE CONBIOÉTICA**
Actualidades y perspectivas

Serie Argumentos

Dirigida por

Juan de Dios González Ibarra

Obras de Manuel H Ruiz de Chávez en esta editorial:

(Arg/300) • *Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina.*
Análisis propositivo para la adhesión de México

(Arg/472) • *Bioética y nuevas fronteras de la genética*

(DSB/010) • *Bioética y salud pública en la regularización de la marihuana*

TEMAS SELECTOS DE CONBIOÉTICA

Actualidades y perspectivas

Manuel H Ruiz de Chávez
Coordinador

editorial
fontamara



Primera edición: noviembre 2018

Reservados todos los derechos conforme a la ley

Diseño de la imagen de portada: Mario Patricio Silva Schütte

© Manuel H Ruiz de Chávez

© Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética
Calz. Arenal 134, Colonia Arenal Tepepan
Delg. Tlalpan, 14610, Ciudad de México
www.gob.mx/salud/conbioetica

© Editorial Fontamara, S. A. de C. V.
Av. Hidalgo No. 47-b, Colonia Del Carmen
Deleg. Coyoacán, 04100, Ciudad de México, México
Tels. 5659-7117 y 5659-7978 Fax 5658-4282
Email: contacto@fontamara.com.mx
claudia.romero@fontamara.com.mx
www.fontamara.com.mx

ISBN Fontamara 978-607-736-539-6

ISBN Secretaría de Salud 978-607-460-580-8

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

TEMAS SELECTOS DE CONBIOÉTICA

Actualidades y perspectivas

Manuel H Ruiz de Chávez
Coordinador

DIRECTORIO

SECRETARIO DE SALUD

JOSÉ NARRO ROBLES

COMISIONADO NACIONAL DE BIOÉTICA

MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE BIOÉTICA

EDÉN GONZÁLEZ ROLDÁN

DIRECTORA DE COMITÉS DE BIOÉTICA

ARELI CERÓN SÁNCHEZ

DIRECTOR DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

RAÚL JIMÉNEZ PIÑA

DIRECTOR DEL CENTRO DEL CONOCIMIENTO BIOÉTICO

RAÚL HÉCTOR RODRÍGUEZ OTERO

PRESENTACIÓN

Fue en 2016 cuando hizo su aparición el libro *Temas selectos de Conbioética*, una obra que recopiló algunos de los artículos y entrevistas que fueron publicadas dentro de los distintos números de la *Gaceta CONBIOÉTICA*, publicación institucional de carácter trimestral de la Comisión Nacional de Bioética, cuyo objetivo es difundir contenidos de relevancia nacional e internacional sobre bioética y temáticas afines entre los profesionales de la salud, investigadores y académicos, así como su divulgación en la sociedad en general.

La perspectiva interdisciplinaria y la pluralidad de puntos de vista constituyen una característica primordial de los artículos que comprenden dicho libro, mismos que fueron agrupados en diferentes categorías; desde bioética, políticas públicas y ética en la investigación, hasta bioética, sociedad y medicina, entre otros. A pesar del tiraje limitado de la obra, hoy en día aún es posible obtener una copia en electrónico y de libre acceso a través del portal institucional de la CONBIOÉTICA, disponible para cualquier público que desee descargarla y consultarla.

Por ello, ante la necesidad de seguir impulsando el conocimiento en bioética, y conforme a la publicación ininterrumpida de la *Gaceta CONBIOÉTICA* en los años recientes, es como nace la presente obra *Temas selectos de Conbioética, Actualidades y perspectivas*, que con el mismo espíritu de su predecesora, busca promover la continua divulgación científica de contenidos en bioética a partir de la compilación de destacados artículos que integraron, en su respectivo momento, algunos de los números de la gaceta.

Las temáticas en las que fueron agrupados los artículos de esta segunda publicación están directamente relacionadas con los tópicos, problemáticas y asuntos que han sido tratados por la Secretaría de Salud y, por supuesto, por la misma Comisión Nacional a lo largo de estos dos años, y que no sólo han sido coyunturales dentro del contexto nacional, sino incluso de relevancia internacional: reflexiones sobre bioética, migración y medio ambiente; nutrición y obesidad en adolescentes, dilemas bioéticos en la práctica clínica, ética en investigación, así como la enseñanza de la bioética y su estrecha relación con la enfermería; temáticas que no soslayan la perspectiva de los derechos humanos y los principios bioéticos como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, entre otros.

Conforme a ello, la obra constituye una fuente de consulta y de gran apoyo para las actividades orientativas y educativas tanto de los Comités Hospitalarios de Bioética como de los Comités de Ética en Investigación, así como al fomento de las actividades informativas y al desarrollo de acciones de difusión del conocimiento bioético entre las Comisiones Estatales de Bioética. De igual forma, al tratarse de un libro cuyo propósito es la divulgación científica de la bioética, será de gran utilidad para cualquier lector interesado en la materia y en las diversas temáticas antes mencionadas.

Los artículos, las entrevistas y las semblanzas curriculares de las diversas personalidades que conforman la presente obra fueron, en su gran mayoría, extraídas tal y como fueron publicadas en los diversos números de la *Gaceta CONBIOÉTICA*, con el propósito de conservar las ideas, aportaciones y puntos de vista vertidos en ese momento por las y los colaboradores dentro de dicha publicación periódica.

En ese tenor, agradezco al doctor José Narro Robles por su incansable impulso a la bioética, primero como rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y, posteriormente, como Secretario de Salud. Por otro lado, expreso mi profundo agradecimiento a las autoras y los autores de la *Gaceta CONBIOÉTICA*, así como un reconocimiento al equipo de trabajo de la Comisión Nacional de Bioética que coadyuvó a la realización de la presente obra.

Manuel H Ruiz de Chávez

PARTE I

BIOÉTICA, MIGRACIÓN Y MEDIO AMBIENTE

HACIA UN ACUERDO UNIVERSAL SOBRE EL CLIMA: EL CASO DE MÉXICO*

Manuel H Ruiz de Chávez
Raúl Jiménez Piña
Gustavo Olaiç Barragán

La riqueza natural de México es una de las más grandes del planeta. Nuestro país ocupa el cuarto lugar entre los países considerados con mayor diversidad biológica, ya que posee aproximadamente 10% del total de las especies conocidas. Ocupa a nivel mundial el quinto sitio en número de especies de plantas, el primer lugar en especies de pinos, el quinto en mamíferos y el primero en especies endémicas de reptiles.

No obstante, el proceso de desarrollo económico del siglo anterior, la urbanización y el impacto de las actividades productivas, han puesto en amenaza este legado biológico. En México, la pérdida de la biodiversidad se debe principalmente a la destrucción del hábitat y la contaminación ambiental. Actualmente 2486 especies, entre plantas y animales, están consideradas dentro de alguna categoría de riesgo.**

En el país, algunos de los problemas ambientales más acuciantes son la contaminación atmosférica, la degradación de bosques y selvas, la contaminación de mantos acuíferos, la pérdida de recursos hídricos, la afectación de zonas costeras, la sobreex-

* El presente documento se elaboró en abril del 2015 como respuesta a un llamado del Comité Consultativo Nacional de Ética de Francia para reflexionar desde un enfoque bioético sobre los temas que se abordarían en la COP 21.

** (NOM-059, 2010).

plotación de la pesca comercial, la degradación de suelos y el manejo inadecuado de residuos sólidos.

Aunado a lo anterior, es importante tomar en cuenta que existe un rezago normativo que integre plenamente el aspecto ambiental en la agenda económica y social. A pesar de que el aprovechamiento de la vida silvestre y el manejo de residuos industriales de riesgo para la salud se encuentran regulados; existen vacíos legales que dificultan la gestión de las diversas instancias gubernamentales para sancionar ciertas actividades. En la actualidad, la ganadería, la pesca, la agricultura, las empresas de servicio, el crecimiento urbano, la generación de energía eléctrica, el sector carretero y la actividad petrolera, se llevan a cabo sin una regulación adecuada.

La crisis ambiental es un problema que puede explicarse concretamente a partir de dos factores: 1) la urbanización desmesurada y desproporcional –tanto en extensión como en densidad– y el subsiguiente aumento en la demanda de recursos; y 2) la contaminación ambiental que ha rebasado el límite que permite el funcionamiento normal del ecosistema.

Hay que considerar que la pérdida del hábitat natural y la simplificación de los ecosistemas son procesos que se dan en todo el país; sin embargo, no se debe pasar por alto el hecho de que varía considerablemente el grado según la región; dependiendo de diversos factores como el nivel de industrialización, la actividad económica, el número de habitantes, entre otros. Las grandes ciudades, por su parte, tienen demandas muy elevadas de bienes y servicios, además de que presentan huellas ecológicas mayores que los poblados rurales. En otra escala, los países industrializados manifiestan huellas mayores que las de los países en desarrollo. Asumimos, entonces, que los efectos de la crisis ambiental, no se encuentran distribuidos proporcionalmente en el territorio –o en el globo–, sino que afectan a diversas poblaciones de distintas formas. Por ejemplo, la salud de una población depende directamente de las condiciones de su entorno: la escasez de recursos incrementa la competencia entre grupos sociales; el aumento en el nivel del mar puede provocar el desplazamiento de poblaciones e importantes pérdidas económicas; las sequías y oleadas de calor pueden desatar hambre, sed y enfermedades en la población.

Al reflexionar sobre la crisis ambiental en nuestro país, no se debe ignorar el conflicto social que, a la par, se desata con la ex-

plotación desproporcional de los recursos naturales. Un gran número de poblaciones indígenas se encuentran asentadas en algunas de las áreas con mayor biodiversidad del planeta (CDI), y esto les ha permitido acumular un gran conocimiento acerca de estos territorios. Así pues, son algunas de estas comunidades las que han resultado más afectadas por la pérdida del hábitat y el desmesurado consumismo de las sociedades urbanas.

Ante esto, la consolidación de los derechos de los pueblos indígenas a la propiedad, control y la protección de su patrimonio cultural; así como la protección legal de los espacios que habitan y la biodiversidad contenida en ellos, es uno de los mayores retos que nuestra sociedad enfrenta. Al respecto, la bioética contribuye al fomentar el respeto por la identidad cultural de los pueblos originarios. Promueve que las relaciones entre culturas estén fundadas en la equidad, al apreciar el valor de cada una en la construcción de una sociedad incluyente y democrática. Además, reconoce la necesidad de un diálogo intercultural abierto y respetuoso para promover el desarrollo social (Almaguer, Vargas & García, 2014).

Por otra parte, es bien sabido que el contexto histórico y cultural brindan una perspectiva única sobre la moral y la ética, y que muchas veces nuestros valores no coinciden entre sí, con frecuencia ni siquiera dentro de una misma población. En países como el nuestro, que cuenta con una gran riqueza cultural, resulta fundamental tomar en consideración las actitudes y valores que han evolucionado históricamente en nuestra sociedad, con el fin de preservar el legado biológico y cultural de la nación.

Ante la diversidad de posturas e intereses, la bioética representa un espacio para encontrar definiciones claras, abordar distintas problemáticas científicas y éticas, así como realizar críticas que sustenten o rechacen determinadas posturas. A su vez, concilia los diversos campos del saber y considera distintas perspectivas. Esta disciplina representa un valioso aliado al afrontar los retos y desafíos que imponen el desarrollo y la justicia social en nuestro país.

Incorporar el enfoque bioético, como política transversal, es una fortaleza en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. La bioética puede contribuir enormemente a lograr condiciones de equidad, justicia y respeto a los derechos

humanos, al promover el cuidado del medio ambiente y la protección de la vida en todas sus expresiones.

Puede contribuir esta disciplina significativamente al avance de la salud global y el desarrollo social, dado que cuenta con un importante pasado de reflexión sobre cuestiones de justicia y vulnerabilidad. En este aspecto ha tenido que lidiar con iniquidades de diversos tipos y ha buscado formas para defender a los grupos más desprotegidos de las malas prácticas y abusos. La bioética, así, fomenta la participación activa en los problemas colectivos en relación con la salud, ya que parte de un diálogo multicultural e incluyente.

Actualmente en México los esfuerzos del gobierno se centran en: 1) el impulso de una economía baja en carbono; 2) frenar la pérdida de biodiversidad; 3) replantear el manejo hídrico del país; y 4) mejorar la gestión de residuos; sin embargo, el problema de fondo es ético, refiere a la relación que el ser humano establece con los otros y con su entorno, y con el modo en que se conciba esa relación.

Así entendemos que los seres vivos con los que compartimos el planeta no son meros objetos de los que el ser humano pueda disponer a capricho. Es necesario replantear la visión de los seres vivos y su entorno, y preguntarnos cómo habitaremos la Tierra. No es cuestión de llevar a cabo una gestión racional de los recursos, procurar el desarrollo sostenible, o confiar en el avance de la tecnología; sino de asumir verdaderamente que la especie humana es un miembro de una comunidad planetaria, que es una parte del gran árbol de la vida.

En este sentido, hay que pensar que los ecosistemas del mundo conforman un único sistema planetario, que no reconoce barreras políticas. La escala del impacto de las acciones humanas es, en muchos casos, global. Es por ello que se precisa de una nueva mentalidad, de un compromiso eficaz con el ser humano y con la vida, de una cultura con conciencia planetaria (Pessini, 2007).

En este ámbito, la bioética resulta relevante, pues es una filosofía vital que defiende la dignidad de la vida en todas sus expresiones, a la vez que cuestiona la distancia que se asumía tradicionalmente entre el ser humano y el resto de los seres vivos. Esta multidisciplinaria nos invita a ampliar el dominio de la ética, al reconocer el parentesco del ser humano con los animales no-humanos y el vínculo primigenio entre todas las formas de vida terrestre.

Derivado de lo anterior, la CONBIOÉTICA considera que entre los principales aspectos que se deben discutir durante la Conferencia Mundial sobre el Clima se encuentran los siguientes:

1. La relación entre el ser humano, los animales no humanos y el entorno desde una visión intercultural.
2. Promoción de estilos de vida saludable y sustentable.
3. La bioética en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas ambientales.
4. Consumo desproporcional de recursos naturales entre países desarrollados y países en vías de desarrollo.
5. Urbanización y crecimiento demográfico.
6. El impacto sobre la salud ocasionado por el cambio climático.
7. Responsabilidad social, ética y educación para contribuir al desarrollo sustentable.
8. La bioética en la educación ambiental.

Referencias bibliográficas

- ALMAGUER González, José Alberto; Vargas Vite Vicente; García Ramírez Hernán José, (coords.), (2014). *Interculturalidad en Salud*. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- COMISIÓN Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1387&Itemid=24
- DIARIO Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-059-SEMARNAT-2010, Protección ambiental-Especies nativas de México de flora y fauna silvestres-Categorías de riesgo y especificaciones para su inclusión, exclusión o cambio-Lista de especies en riesgo.
- PESSINI, Leo, de Barchifontaine Christian de Paul y Lolas Fernando, (2007). *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

CAMBIO CLIMÁTICO Y RETOS ÉTICOS EN LA SALUD HUMANA *

Andrew Haines

El cambio climático plantea problemas éticos muy graves y no creo que existan muchas dudas al respecto. La mayor parte del planeta se ha calentado considerablemente desde 1901 y, en paralelo, los niveles del mar han ido en aumento al mismo tiempo que las aguas se vuelven más cálidas, el nivel del mar ha aumentado y el hielo del mar Ártico ha disminuido. La evidencia es muy fuerte: el clima está cambiando y las actividades humanas son el factor clave de que esté sucediendo esto.

El dióxido de carbono es el gas de efecto invernadero más importante, responsable de aproximadamente 75% del calentamiento global. Su importancia radica en que se mantiene en la atmósfera por mucho tiempo; cada molécula de CO₂ que se coloca en la atmósfera y perdura en promedio cien años, 20% permanecerá mil años. No podemos bajar esos niveles fácilmente –al no menos con nuestro conocimiento actual– y estos han aumentado drásticamente. Después de 1970, las emisiones de CO₂ han incrementado a más del doble, en comparación a los años anteriores a 1970. Actualmente, vemos un nivel acelerado de las emisiones de CO₂ y otros gases de efecto invernadero, como el metano.

* Este artículo forma parte del libro *12th World Congress of Bioethics: Inspire the Future to Move the World México*: Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud, 2015. Disponible en <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Bioethics.pdf>.

Asimismo, se han registrado profundos cambios en los patrones regionales de la emisión de gases de efecto invernadero que se están desplazando con los cambios económicos mundiales. En países de altos ingresos, los niveles de emisiones han alcanzado su punto máximo. Los países de ingresos medios y altos están creciendo rápidamente, y son ejemplo para las naciones con ingresos medios y bajos; sin embargo, los más pobres continúan sin crecer. Esas personas no se están beneficiando mucho de los combustibles fósiles. Esto muestra inmediatamente profundas iniquidades y la razón por la que los países más pobres no están progresando. Las grandes desigualdades en la cantidad de emisiones y sus beneficios se deben a que la riqueza y el desarrollo dependen de los combustibles fósiles.

¿Qué implicaciones tiene lo anterior? Esto fácilmente lleva a un calentamiento de 4 °C: un calentamiento promedio. En la Tierra este impacto sería aún mayor. ¿Puede imaginarse, por ejemplo, cómo serían Centroamérica y África si fueran 5 °C o 6 °C más cálidos? Esto podría ocurrir a finales del siglo a menos que hagamos algo realmente drástico. Será muy difícil mantener el clima bajo control, ya que tenemos que reducir las emisiones de inmediato. Además, estos cambios no solamente afectarían la temperatura, sino también los patrones de lluvia. Gran parte de México y Estados Unidos; la región norte de América del Sur; partes de África; la región del Mediterráneo y Australia probablemente sufrirán por esta disminución pluvial. Esto se traduce en una probabilidad de que se incrementen las sequías, mientras que en otras partes del mundo podrían aumentar las inundaciones.

En la actualidad, tenemos pocas oportunidades para mantener las temperaturas con un calentamiento de 2 °C; este nivel es muy superior a lo que consideran varios climatólogos como adecuado. Estamos en riesgo de un cambio climático acelerado, un rápido aumento de los niveles del mar, etc. En realidad, sólo nos quedan aproximadamente 255 billones de toneladas de carbono por emitir. En 2013 se emitieron alrededor de 10 billones de toneladas, lo cual significa que el presupuesto de carbono se gastará en aproximadamente veinticinco años. Tenemos muy poco tiempo para reducir las emisiones a un nivel que nos mantenga en los 2 °C, lo cual debe hacerse mejorando

la equidad en la medida de lo posible, lo que plantea profundas cuestiones éticas.

¿Qué es una distribución justa de las cargas de mitigación? Por mitigación me refiero a reducir emisiones. El marco de la Convención de Cambio Climático de las Naciones Unidas dice que las partes involucradas deberían proteger el sistema climático con base en la equidad y con responsabilidades comunes, pero diferenciadas, al considerar las emisiones pasadas. ¿Qué es una distribución justa de los derechos a emitir gases de efecto invernadero?, ¿deberíamos avanzar hacia una visión per cápita igualitaria que se ha denominado reducción y convergencia? Por otra parte, ¿deberíamos reconocer que los países ricos ya se han beneficiado de las emisiones de gases de efecto invernadero para su propio desarrollo y, por tanto, necesitan reducirlas? Estas preguntas son difíciles y controversiales, pero deben ser abordadas, pues necesitamos entender la relevancia ética de las emisiones pasadas para la distribución justa de la carga de los derechos.

Desde luego, el cambio climático puede afectar la salud de diversas maneras, tanto directa como indirectamente. Algunos efectos del calentamiento global están relacionados con eventos meteorológicos extremos, otros con enfermedades transmitidas por vectores o enfermedades que se propagan por el agua y los alimentos. Quizá el efecto más importante sea la desnutrición. ¿Qué tanto nos desarrollamos particularmente en los países pobres y qué tanto podemos adaptarnos, ya sea espontáneamente o a través de una adaptación planificada?

¿Qué tipo de muertes podría causar el cambio climático? Hay algunas estimaciones inciertas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que ocurrieron 150 mil muertes en el año 2000 como resultado del cambio climático, muchas debido a la desnutrición, pero también a otras condiciones. Es sorprendente considerar que, si tuviéramos un mapa más simple de las emisiones de gases de efecto invernadero, las consecuencias serían prácticamente contrarias: a corto plazo, los países con más emisiones tendrían el menor impacto a la salud, pero a largo plazo todo el mundo se verá afectado.

Hay otros efectos del cambio climático; uno de ellos es la incapacidad para trabajar: a medida que el planeta se vuelva más caliente, será más difícil, particularmente al aire libre. Actualmente se experimenta una capacidad mínima de trabajo mensual,

lo cual puede verse en gran parte del mundo. Se observa una reducción quizá de 60% o 70% como resultado del estrés térmico. Con 3 °C de calentamiento global, la capacidad laboral se reducirá a 10% o 20%, lo cual representa la ruina de los agricultores de subsistencia, es decir, muchas personas en situación de pobreza no podrán trabajar al aire libre; ellas no tendrán tractores con aire acondicionado ni vivirán en casas con aire acondicionado, lo cual es un desafío ético, de salud pública y económico.

Las olas de calor pueden causar muchas muertes; la ocurrida en Europa en el año 2000 causó alrededor de 70 mil muertes y la probabilidad de estos fenómenos aumentará con el cambio climático. Las temperaturas consideradas extremas en 2003 se convertirán en normales; de hecho, todas serán superadas conforme avance el siglo, a menos que las emisiones de gases de efecto invernadero se reduzcan radicalmente.

El año 2010 fue extraordinario, ¿acaso era una advertencia o un presagio de lo que vendría? Hubo 20 millones de personas afectadas por inundaciones en Pakistán y aproximadamente 12 millones en China. Rusia sufrió incendios muy grandes; alrededor de 50 mil personas murieron en la ola de calor en Moscú. La afectación a la cosecha de trigo detuvo las exportaciones y los precios de la comida aumentaron en muchas partes del mundo. Lo anterior tuvo un gran impacto en la salud y el desarrollo: es lo que debemos esperar con el cambio climático.

Se prevé que muchos millones serán afectados por las inundaciones como resultado del aumento del nivel del mar a finales del siglo. El Ganges, el Nilo, el Mekong y el Mississippi son regiones donde un gran número de personas podría verse amenazadas por el aumento del nivel del mar.

El efecto del cambio climático en la nutrición es igualmente muy importante. Diversos estudios sugieren que la productividad de los cultivos y la disponibilidad de los alimentos se reducirán en los países de bajos ingresos. Algunos incrementos serán solamente temporales, y si hacemos una proyección para final del siglo, incluso países con altos ingresos podrían experimentar pérdidas en la producción agrícola, lo cual representa una amenaza muy grande para la seguridad alimentaria. Actualmente, mil millones de personas sufren a causa de la inseguridad alimentaria.

¿Qué es la interferencia antropogénica peligrosa en el sistema climático? Esto es importante porque se encuentra en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC, por sus siglas en inglés) que se está negociando en todo el mundo y que se debía llegar a un acuerdo a finales de 2015. Asimismo, me atrevo a sostener que se cuenta con evidencia suficiente de que existe esa peligrosa interferencia y debemos minimizarla.

¿Cuál sería una respuesta justa ante el riego y la incertidumbre? Siempre habrá incertidumbre, no podemos estar seguros de cuántas personas morirán en cien años, pero como la UNFCCC señala dónde pueden ocurrir daños irreversibles, la falta de certeza científica no debería ser utilizada para posponer la aplicación de tales medidas. Lamentablemente, el progreso ha sido muy lento. ¿Cuáles son los límites físicos, de comportamiento y tecnológicos ante los cuales podemos adaptarnos al cambio climático y quién debería pagar por esa adaptación? Claramente el bono debería estar en los países que hasta la fecha se han beneficiado por la emisión de combustibles fósiles. Existen varios límites: qué tanto podemos adaptarnos. Incluso en mi propia ciudad, Londres, la barrera del río Támesis necesitará ser reemplazada a finales del siglo para hacer frente al aumento de los niveles del mar y, por supuesto, ya se encuentran amenazados pequeños estados insulares y algunas partes de la región costera.

El Panel Intergubernamental de Expertos sobre Cambio Climático de las Naciones Unidas (IPCC, por sus siglas en inglés) recientemente reportó, en síntesis: “Los derechos a pagar por algunos daños del cambio climático pueden fundamentarse en la justicia compensatoria y la justicia distributiva”. Al mismo tiempo, reporta como beneficios importantes avanzar hacia una economía con bajas emisiones de gases de efecto invernadero en varios sectores: vivienda, transporte, alimentación, agricultura y generación de electricidad, sobre todo avanzar hacia una economía de bajas emisiones de carbono que superen el beneficio de prevenir el cambio climático. Un ejemplo es la reducción de la contaminación del aire. La OMS ha estimado que alrededor de 3.7 millones de muertes al año son causadas por partículas finas en el ambiente y 4.3 millones por contaminación atmosférica proveniente de combustibles sólidos, particularmente utilizados por personas pobres. Esto suma 7 millones de muertes al año y muchas de ellas

podrían disminuir si se reduce la utilización de combustibles fósiles como el diésel.

Lo anterior implica varias consideraciones éticas. ¿Deberíamos priorizar las políticas de mitigación, por ejemplo, las de reducción de gases de efecto invernadero basadas en los beneficios para la salud? Desde mi punto de vista, en algunos casos tiene sentido porque, si evaluamos los beneficios para la salud, se puede ayudar a compensar algunos costos por avanzar hacia una economía baja en carbono. ¿Cuáles son las restricciones morales a las políticas de mitigación?, ¿cómo abordamos los efectos reales del cambio climático? Por ejemplo, en muchas partes del mundo la energía nuclear es controversial, por eventos catastróficos que sucedieron en el pasado. Hay muchas ventajas y desventajas en torno a las políticas sobre bajas emisiones de carbono; respecto de la justicia procesal.

¿Quién tiene derecho a ser parte del proceso de toma de decisiones sobre mitigación y adaptación? Hasta ahora las personas con mayores probabilidades de sufrir los efectos del cambio climático muchas veces quedan excluidas del proceso de consulta directa. ¿Qué obligaciones tenemos, como generación actual, hacia las generaciones futuras, en el sentido de prevenir los peligros derivados del cambio climático y distribuir los costos de la mitigación y la adaptación?, ¿acaso los beneficiados por la economía actual deberíamos estar preparados para pagar un poco más con la finalidad de avanzar hacia una economía de bajas emisiones de carbono? En el tratado de UNFCCC se establece que hay que proteger el sistema climático en beneficio de presentes y futuras generaciones de la especie humana basadas en la equidad.

¿Por qué no estamos avanzando? Es una pregunta complicada y hay muchas maneras de responderla. Existen diversas barreras para el cambio de política. Una es el interés particular de las industrias de combustibles fósiles, que son muy poderosas; en varios países hay una negación organizada. Existe un libro brillante titulado *Merchants of Doubt*, elaborado por los historiadores estadounidenses Naomi Oreskes y Erick Conway, que trata acerca de un pequeño grupo de personas respaldadas por intereses muy poderosos; durante décadas ha ocultado la verdad sobre diversas problemáticas que van desde el humo del tabaco hasta el cambio climático, y sugiere que la clase baja tiene los mismos intereses de obstaculizar los movimientos contra el cambio climático. Muchos

de nuestros líderes políticos tienen perspectivas a corto plazo, pues están interesados en las siguientes elecciones, no en las siguientes generaciones, ni siquiera en los próximos veinte o treinta años, por esa razón tenemos un público dividido y confundido. Todavía faltan conciencia y conocimiento acerca del cambio climático; quizá las personas piensan que existen más dudas sobre el cambio climático de las que realmente hay: existen algunas dudas, pero la ciencia amplia es muy clara.

Por último, existe una percepción de que el cambio es muy difícil y costoso. En su más reciente informe, el IPCC demostró que si podemos movilizar toda la gama de tecnologías con las que contamos en la actualidad, podemos influir en el futuro, y el costo extra será realmente bajo para una economía mundial en rápido crecimiento. Por supuesto, si no reducimos las emisiones de gases de efecto invernadero, el crecimiento económico, particularmente hacia el final del siglo, se encontrará amenazado. Desde mi punto de vista, hay razones muy fuertes para actuar ahora.

En conclusión, el cambio climático tiene impactos catastróficos y de gran alcance para la salud, a pesar de la incertidumbre. Muchas de las políticas de bajas emisiones de carbono en, por ejemplo, energía, transporte, alimentos, agricultura y vivienda, pueden mejorar tanto la salud como la economía. El desafío para nuestra generación es tratar de evitar ese escenario catastrófico, como menciona un informe del Banco Mundial: “Tenemos que bajar el calor, debemos evitar alcanzar los 4 °C en el futuro”, porque ello sería sumamente perjudicial para nuestros hijos, nietos y futuras generaciones: tenemos en nuestras manos el poder de reducir drásticamente la posibilidad de eventos catastróficos. Así, espero haberlos convencido de que éste es un gran desafío dentro de la comunidad ética, de que necesitamos su apoyo y análisis para avanzar en el conocimiento, el análisis teórico y la comprensión de este tema clave para el futuro de la humanidad.

MIGRACIÓN, ATENCIÓN DE LA SALUD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

James Dwyer

La bioética está demasiado centrada en la tecnología médica, los nuevos acontecimientos en el campo de la genética y la tecnología de punta, y no está suficientemente dirigida a la salud pública y a los problemas sociales.

Así pues, permítanme empezar por explicarles las categorías migratorias, la primera es que hay refugiados y solicitantes de asilo que tratan de escapar de la guerra y la persecución. México está bien familiarizado con ese tipo de migración. Guatemala, Nicaragua y El Salvador participaron en guerras por más de 30 años, en las que contribuyeron en parte los Estados Unidos, y de las cuales muchos refugiados llegaron a México, mientras que otros partieron hacia el norte. Hay muchas cuestiones éticas relacionadas con el trato a los refugiados y su recepción, y creo que los refugiados ambientales serán el próximo gran problema ético en el próximo siglo, dando paso a la segunda categoría: el calentamiento global. las tormentas, los huracanes y las inundaciones harán que millones de personas se conviertan en refugiados ambientales sin estatuto legal en virtud del derecho internacional. Esto plantea muchos problemas éticos para los países receptores y para todos los países que contribuyen al calentamiento global.

La tercera categoría es simplemente la de los inmigrantes. Hay muchas cuestiones éticas relacionadas con los poco calificados y al-

tamente calificados. En países como Estados Unidos, Canadá o el Reino Unido, 25% de todos los médicos y las enfermeras son inmigrantes y muchos de ellos provienen de países de ingresos bajos o moderados. Este ha sido un gran aporte para algunos de los países que reciben a estos inmigrantes, al tiempo que representa una carga para los países que los educaron a sus expensas.

La cuarta categoría son los trabajadores temporales y estacionales atraídos por las compañías y las industrias que buscan trabajo temporal barato. Esto incluye tanto a los trabajadores agrícolas como a los emigrantes altamente calificados en computación. La quinta es la de los trabajadores indocumentados, aunque esta clasificación está en debate, como alguien mencionó anteriormente. Algunos los llaman inmigrantes ilegales, como si un ser humano pudiera ser ilegal en alguna manera. En francés dicen simplemente *sans papiers*, sin documentos. Me refiero a este grupo como migrantes indocumentados. Quiero centrarme en esta categoría porque creo que es muy importante. También creo que es incomprendida y que tenemos que construir las perspectivas éticas para comprenderla.

Por lo tanto, permítanme decir algo sobre los migrantes indocumentados. ¿Por qué están migrando? Bueno, por las razones por las que la gente siempre ha emigrado, para escapar de la guerra, la persecución, la discriminación, para encontrar mejores oportunidades y salir de la pobreza. Han buscado construir una mejor vida por un periodo de tiempo para apoyar a sus familias. Este fenómeno de la migración indocumentada es mundial. Casi todos los países del mundo mandan emigrantes y reciben inmigrantes. México, como ustedes bien saben, ha recibido muchos inmigrantes, sobre todo de América Central, y ha enviado a muchos emigrantes, principalmente a los Estados Unidos.

Pero el problema es mucho más global. A las personas que emigran de Haití a República Dominicana se se les negó un estatuto jurídico tan sólo la semana pasada, incluso a niños nacidos ahí. Asia tiene inmigrantes de diferentes países. Tailandia ofrece un ejemplo muy interesante al recibir a los inmigrantes procedentes de Birmania al tiempo que envía sus emigrantes a Japón y otros países ricos.

En casi todos los países estamos viendo el fenómeno de la migración indocumentada. ¿Qué tipo de trabajo es el que hacen? Bueno, no quiero generalizar, pero cuando se mira el trabajo que hacen los migrantes indocumentados, generalmente es el más difícil, el más

sucio y el más peligroso en las industrias peor pagadas. Por lo tanto, en los Estados Unidos y en otros lugares, vemos más inmigrantes indocumentados en la agricultura, la siembra, la recolección y la cosecha de cultivos. Los vemos en las obras de construcción, que son a veces muy peligrosas, y estamos viendo mujeres migrantes, casi la mitad de ellas, en la industria de servicios. Así los países necesitan más mujeres para el cuidado de los hijos y de las personas de edad avanzada. Y lamento decir que hay un lugar más donde trabajan los migrantes indocumentados, que es en la industria del sexo. Si observamos en diferentes países, un gran número de las prostitutas son migrantes indocumentadas. Esto es cierto en los Países Bajos, donde la mayoría de las trabajadoras sexuales son inmigrantes y muchas de ellas indocumentadas, por lo que son especialmente vulnerables y están expuestas a la explotación. Estos son sólo unos cuantos antecedentes sobre el mundo de la migración y un resumen de sus diferentes categorías y, en particular, de la categoría de “migrantes indocumentados”.

Ahora quiero examinar las cuestiones éticas y hacer la siguiente pregunta: ¿tienen las sociedades la responsabilidad ética de brindar atención y de proteger la salud de los migrantes indocumentados, personas que no invitaron al país, sino que aparecieron y trabajan ahí?

Esta es la cuestión ética que quiero plantear y que consideraré desde tres perspectivas: el primer punto de vista puede parecer duro, pero es una descripción muy precisa, y esto es lo que oigo decir a la gente apasionadamente, “estas personas están en el país ilegalmente, no merecen ningún beneficio en el país, han quebrantado la ley”. Ahora, realmente quiero entender eso, y como filósofo, quiero analizar los argumentos éticos. Así pues, han violado la ley, lo acepto, pero, ¿qué es lo que se deduce del hecho de que algunas personas han quebrantado la ley? No creo que éticamente haya mucho que deducir, y les daré el ejemplo que doy a mis estudiantes.

Cuando tienes un trabajo, tienes un ingreso y, en muchos países, como en los Estados Unidos, tienes que pagar impuestos sobre los ingresos, pero algunas personas hacen pequeños trabajos donde se les paga en efectivo y, me pregunto, ¿reportan ustedes ese dinero como sus ingresos y pagan los impuestos? Le pregunto a mis alumnos cuántos de ellos o alguien de su familia han hecho alguna vez un trabajo donde se les pagó en efectivo y no reportaron los ingresos.

Todas las manos se alzaron en mi clase, cien de cien. Esto es ilegal. ¿Qué se deduce? No mucho. Es lo que yo llamaría “trabajo indocumentado”, trabajo que están haciendo y que no están documentando. Por eso, quiero decir que la mayoría de nosotros somos, a veces, “trabajadores indocumentados”.

Hay un segundo argumento que alegan con esta concepción estrecha. Dicen: “Veamos, ¿por qué debemos dar servicios, atención de salud a los migrantes indocumentados, cuando hay ciudadanos pobres en nuestro país que no tienen servicios ni atención médica. Y así, lo que hace este argumento es establecer una comparación entre los ciudadanos pobres de cualquier país, los Estados Unidos, España, y los migrantes indocumentados. Mi respuesta es: “Es verdad, hay comparaciones, pero no hay necesidad de contraponer el interés de los ciudadanos pobres contra los migrantes indocumentados”. ¿Por qué no decimos mejor que podríamos mejorar en gran medida el bienestar tanto de los ciudadanos pobres como de los migrantes, si se hiciera una comparación con los más ricos?, ¿estamos de acuerdo? Así que este argumento que enfrenta a los ciudadanos pobres contra los migrantes indocumentados, nos lleva en la dirección equivocada.

Hay otra perspectiva más estrecha y es lo que yo llamo “el modelo de negocio de la justicia”. La gente siempre dice que los migrantes están recibiendo beneficios y que no están pagando impuestos. En primer lugar, eso es falso, sí pagan impuestos. Pagan impuestos sobre las ventas, sobre el alcohol, sobre el tabaco, sobre bienes inmuebles, en Europa el Impuesto al Valor Agregado, y algunos pagan el Impuesto sobre la Renta. De hecho, en los Estados Unidos hay migrantes indocumentados que tienen tarjetas falsas de la seguridad social. Están pagando dinero al sistema de seguridad social que nunca recibirán y del que yo me beneficiaré, ¿estamos de acuerdo? Pero creo que este modelo de negocio es falso. La justicia no es una cuestión de contabilidad, de adición de los impuestos y los beneficios, la justicia es algo mucho más profundo. Así que ése es el primer punto de vista, la perspectiva ética, yo lo llamo la estrecha visión del postre. Creo que es inapropiada para abordar las cuestiones éticas de la migración.

La segunda perspectiva es mucho más amplia, de algún modo es lo contrario, y es la perspectiva de los derechos humanos. Ahora bien, los derechos humanos son muy, muy importantes, pero

yo voy a sugerir que no dan cuenta cabal de las cosas o que no dan cuenta adecuadamente para abordar el problema de los indocumentados. Pero quiero que se entienda, no quiero que se me interprete mal. Para los refugiados, para los migrantes, para todas las personas, las cuestiones de derechos humanos son muy importantes y debemos tratar de establecer un núcleo de estos. Pero quiero sugerir que no es la totalidad del panorama ético, he aquí por qué: se dice en algunos documentos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Culturales, que las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Creo que es una aspiración, pero no es técnicamente, como lo diría un filósofo, un derecho, algo que uno puede exigir. Por ejemplo, en Suecia tienen una mejor atención a los ancianos que en los Estados Unidos, pero no creo que pueda ir a Suecia y decir, “quiero mi derecho, quiero su atención de la salud, y quiero el más alto nivel posible de atención a la salud”. No, debo trabajar para reparar el sistema inoperante en los Estados Unidos, no debo simplemente aparecer en Suecia y exigir mi derecho.

Pero hay un problema aún mayor. Cuando hablamos de derechos, derechos humanos, estos son aquellos a los que la gente tiene derecho en cuanto que son seres humanos, y yo creo que la gente –como seres humanos– tiene derecho al respeto fundamental y a un montón de otras cosas. Sin embargo, quiero sugerir que hay una serie de casos aquí y que necesitamos una perspectiva para dar cuenta de ello. Así tenemos los ciudadanos de un país, los residentes, los inmigrantes legales, los inmigrantes indocumentados y, luego, tenemos a gente en otros países, algunos de ellos trabajan en una fábrica en China, están produciendo iPhones que compramos y usamos, y también hay personas que se han convertido en refugiados debido a las guerras que han tenido lugar. Están los refugiados ambientales y después, simplemente, hay agricultores pobres en un país muy alejado donde mis acciones y políticas no los han afectado.

Todas estas personas tienen derechos, pero nuestros deberes para con ellos son algo diferentes. Tengo derechos mucho más importantes para con las personas que viven y trabajan en mi país, luego tengo algunos deberes para con las personas que están trabajando para las empresas estadounidenses que producen iPhone, y tengo algunos

deberes, aunque menos importantes, para con las personas que están mucho más alejadas o desvinculadas.

Por lo tanto, lo que estoy sugiriendo, en realidad, es que tenemos que centrarnos más en las responsabilidades. Y creo que la gente de los derechos humanos estaría de acuerdo en eso, que hay responsabilidades diferenciadas. Lo que voy a adelantar ahora es que la gente en los Estados Unidos tiene la responsabilidad de los migrantes indocumentados que hay allá. Así pues, esta es la tercera perspectiva. La primera fue una estrecha visión del poste; la segunda fue la perspectiva de los derechos humanos, y la tercera la voy a llamar responsabilidad social.

Entonces, ¿por qué las personas de un país tienen responsabilidad social para con los migrantes indocumentados? Personas que dicen que no invitaron. He aquí mi respuesta: Si nos fijamos en estos países, hay un patrón muy antiguo, es decir, los marginados están siendo utilizados en el sistema económico para hacer las peores formas de trabajo. En los Estados Unidos primero utilizamos esclavos, después sirvientes contratados, más adelante niños, mujeres, minorías, migrantes internos y ahora simplemente es la última fase de este viejo patrón, utilizamos los migrantes indocumentados; los Estados Unidos no es particular, el mismo patrón se produce en Japón, más o menos, ¿estamos de acuerdo?

Así creo que tenemos que asumir la responsabilidad de poner fin a este antiguo patrón de uso y explotación. ¿Por qué tenemos que asumir la responsabilidad? Porque si los estados tienen alguna razón de ser, ésta consiste en tomar el control de lo que pasa en su territorio y establecer instituciones justas. Por lo que creo que las sociedades tienen más responsabilidad de garantizar que se haga justicia dentro de sus sociedades y, por supuesto, tienen otras obligaciones también a nivel internacional.

Así que me voy a explicar. ¿Cuáles son las bases de la responsabilidad? Tenemos un sistema social que es muy complejo; existen algunas leyes que no permiten a los inmigrantes entrar en el país sin permiso, pero también hay una economía que acoge a los inmigrantes –migrantes indocumentados–, que los utiliza y tiene un lugar para ellos.

Por lo tanto, las estructuras sociales usan a los inmigrantes y, de hecho, la economía no puede funcionar sin ellos. Si la semana que viene 12 millones de inmigrantes indocumentados en los Es-

tados Unidos se fueran a casa o se declararan en huelga, la economía se derrumbaría. No habría fresas en el supermercado, no habría nadie para cuidar niños, y no habría nadie que se ocupara de los pacientes de edad avanzada. Por lo que estoy sugiriendo que, puesto que nuestras estructuras sociales utilizan a las personas, y –permítanme ser franco– yo participo de esto, y me beneficio de esto, porque cuando voy al supermercado y compro fresas en California, éstas vienen de la rica zona agrícola del Valle Central y, por cientos de años, los migrantes han apoyado y trabajado en esta zona agrícola, así que, de hecho, tengo fresas mejores y más baratas gracias a los migrantes indocumentados. Y sé de otras personas que tienen padres ancianos que necesitan alguien que los cuide en casa y los inmigrantes indocumentados están haciendo esto. Así que todos participamos y nos beneficiamos con este sistema y, por lo tanto, tenemos algunas responsabilidades éticas al momento de abordar la cuestión.

¿Qué es lo que debemos hacer? Pues bien, no haré una lista, pero creo que debemos ofrecer atención de salud digna para todos, a pesar de que sería un error centrarse sólo en la atención de la salud. Si hemos aprendido algo en el ámbito de la salud pública y la ética en los últimos 20 años, es que los determinantes sociales de la salud son tan importantes como su misma atención. Esto significa que el tipo de trabajo, la seguridad en el empleo y el grado de autonomía que uno tiene también son importantes. Y entonces, lo que me preocupa no es sólo la asistencia médica, sino que hay inmigrantes indocumentados trabajando y que son rociados con plaguicidas, los cuales son ilegales, pero tienen miedo a denunciarlo porque son indocumentados. Por lo tanto, lo que necesitamos hacer es potenciar a los inmigrantes indocumentados para que ejerzan sus derechos políticos y asegurarnos de que los organismos realmente hagan cumplir las leyes y proporcionen mejores condiciones de trabajo y así sucesivamente.

Por otra parte, hay una categoría más que ha recibido con razón mucha atención, la de los niños. Los Estados Unidos sigue afortunadamente reconociendo a los nacidos en su país como ciudadanos, pero los niños llevados por sus padres a una edad temprana no lo son. Así que les daré un sólo ejemplo. Alguien a quien conozco llegó legalmente a Estados Unidos con sus padres de Taiwán y rebasaron el periodo de sus visados, como sucede con el 30% o 40% de todos los migrantes indocumentados. Ella tenía tres años, y por lo tanto, cre-

ció en el país; hablaba chino en casa, pero inglés con sus amigos en la escuela. Nunca aprendió a leer chino, fue a escuelas americanas y adquirió todos los hábitos y costumbres y el lenguaje corporal que uno adquiere cuando se es criado en un país. Por lo tanto, si uno la ve y habla con ella, estará hablando con una norteamericana, pero no es una ciudadana y no tiene documentos. Afortunadamente es saludable, así que esto no ha sido un problema, pero es una muy buena estudiante que ha terminado la secundaria y no puede ir a la universidad y hacer una carrera, porque se encuentra en este limbo jurídico. Por lo tanto, si aceptamos la perspectiva que estoy sugiriendo, de la responsabilidad social, hay muchas cosas prácticas que podemos hacer, que van desde la salud hasta las condiciones de trabajo y la educación.

Para terminar, permítanme mencionar una de las cosas a las que las personas en general ponen objeciones, y estoy bien con eso, porque soy un filósofo y estoy acostumbrado a las objeciones, pero las objeciones más comunes de la gente se centran en decir que he proporcionado una receta para un aumento en la migración indocumentada, así que tengo dos cosas que decir al respecto.

En primer lugar, no tenemos la respuesta a un aumento de la migración y me inclino a pensar que cosas como la guerra, el cambio climático y la pobreza son las que más contribuyen a esta situación.

Y mi segunda respuesta son los principios. Es decir, incluso si es cierto que el tratar a las personas con un nivel digno va a aumentar la migración de indocumentados, tenemos que hacerlo. Esa es la ética que se debe seguir.

MIGRACIÓN Y SALUD GLOBAL

Omar de la Torre de la Mora

Es para nosotros, en representación de la Secretaría de Gobernación, muy importante participar en esta obra, cuyo tema nos tiene que arrojar una apertura de posiciones, más que venir a concluir una tesis desde el gobierno en el aspecto migratorio. Queremos dejar claro que en la Segob estamos totalmente abiertos a las discusiones, ya que, además, éstas se vuelven necesarias.

El Programa Especial de Migración se está trazando en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, y lo que pretende es llevar a cabo el planteamiento, por primera vez en México, de una política migratoria de Estado. Y, aunque hablamos de una política migratoria de Estado, quiero decir que es una política también de la sociedad. Ya no podemos caminar en un contexto en el cual no tengamos la seguridad de que estamos abiertos a que los factores de la migración lleguen a ser hoy materia de políticas públicas. Entonces, empezamos con el planteamiento de salud global hacia el entorno migratorio.

La salud es una prioridad para los migrantes, ya sea para los establecidos, en tránsito, o los que retornan. Como para cualquier persona, es sensible el tema de la salud y, en este sentido, no podemos aminorar la importancia que puede tener la cobertura y el apoyo en materia de salud para cualquier migrante que vive en este planeta.

Analicemos muy bien lo que está pasando, tanto con los mexicanos en Estados Unidos, como también el papel que tiene México en el entorno internacional en materia migratoria. Es considerado

como un país de emigración, tanto por los mexicanos que están en Estados Unidos como por ser un país de tránsito en el que cientos de miles están cruzando, en una suerte difícil desde el origen, hasta su llegada; por eso México debía asumir cierta responsabilidad. Asimismo, al ser un país de tránsito, muchos extranjeros desean quedarse aquí, por lo que los flujos migratorios internacionales están llegando de manera poderosa. También se ha convertido en un país de retorno; esto es un punto delicado. Tenemos que sumarnos todos para complementar aquí las ideas desde donde estamos iniciando el análisis.

Junto con la maestra Paula Leite estamos trabajando en todo lo que se refiere a los foros de consulta, al Programa Especial de Migración, por lo que quisimos venir los dos para plantear un esquema más completo y, sobre todo, abrimos a las respuestas que nos puedan dar.

En lo que pueden ser los ejes de la salud global en materia migratoria, el reto que estamos viendo es la implementación de políticas y programas que verdaderamente puedan llegar a superar las barreras que impidan a las personas migrantes gozar de buena salud física y mental. Eso es lo primero que debemos poner en contextualización abierta para empezar a manejar lo que pueden ser los ejes de esta perspectiva.

De lo que estamos hablando es de que los efectos de la salud se hacen sentir en las comunidades de origen y destino, y que los estados de salud de los migrantes tienen que ver con la conjugación de factores biológicos, conductuales, socioeconómicos, culturales y políticos de los que están absorbiendo los principales insumos. Los factores que tienen que ver son: quién migra, cuándo migra, cómo migra, hacia dónde va, cómo se integra en su lugar destino, cómo interactúa con la familia de origen, cómo regresa al país de origen. Todos son momentos que dan particularidades al fenómeno migratorio.

En cuestiones de migración no podemos quedarnos con una sola fórmula, en ninguna materia, pero mucho menos en materia de salud. Debemos estar muy atentos a todo lo que signifiquen las particularidades del fenómeno, la rapidez de éste y cómo va evolucionando. No es lo mismo un adolescente que está en su comunidad de destino queriendo interactuar con sus contemporáneos y que muchas veces tiene problemas tan fuertes de personalidad o de estrés para integrarse a una comunidad de adolescentes; que lo que

puede pasar un mexicano que retorna a su lugar de origen y que tiene, por ejemplo, VIH-sida, o que presenta un problema infeccioso del que se debe cuidar a la comunidad de origen o fronteriza, esto respecto a los accesos a los servicios de salud.

Cuando estamos hablando del fenómeno migratorio y, sobre todo en México, hablamos de un contexto de nación. México ya tiene un marco normativo que da pauta para que los migrantes sean atendidos. Desde su artículo 4º Constitucional dice que toda persona, sean migrantes o no, sean mexicanos o residentes, toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

La Ley Migratoria, por supuesto, va de la mano con este precepto constitucional, por lo que los migrantes van a tener derecho a recibir atención médica, pública y privada, independientemente de su situación migratoria, además ningún acto administrativo establecerá restricciones mayores al extranjero, a las establecidas para los mexicanos. Marca también las obligaciones de la Secretaría de Salud como rectora para todas estas acciones y cómo la interacción entre las dependencias de los diferentes órdenes de gobierno tiene que fluir en este sentido.

En México hay una serie de programas y acciones en materia de atención para la salud de los migrantes que requieren revisarse, profundizarse y, sobre todo, darles una sola orientación. Hago un reconocimiento a Hilda Dávila y a todo el equipo de la Secretaría de Salud, que con la experiencia de lo que significa comandar una serie de acciones en México, ya están totalmente adentrados para poderlas perfeccionar. Sí se requiere que todas estas acciones normativas caigan en el terreno de la acción práctica y, sobre todo, interactiva con otras dependencias, y que esto lleve un modelo presupuestal.

Es verdaderamente necesario hacer un análisis de todos los rincones donde el migrante requiere una acción. Por ejemplo, los repatriados; es terrible ver cómo ese migrante soñaba con que lo pudieran soltar en algún momento de su trayecto, desde que lo detiene la policía migratoria hasta el momento en que llega a la frontera y lo pasan al lado mexicano. Cuando se dan cuenta que ese sueño no va a llegar y que es entregado a la autoridad mexicana, ahí empieza su verdadera pesadilla, es un estrés brutal.

Según un reporte del Colegio de la Frontera Norte, hay 1300 personas en hoyos de la frontera, en el bordo; el promedio esco-

lar de éstas es mayor al promedio de Tijuana, la mitad son bilingües y hoy están sintiendo que le fallaron a su familia. Nosotros creemos que la materia migratoria, la materia de salud y, por supuesto, la bioética, hoy se deben conjuntar. Estamos hablando de justicia social, es para eso para lo que tenemos los programas. Sí existen, son acciones muy claras, podemos conjuntarlas. Sí requieren de un modelo económico, sí requieren dinero, pero por supuesto, hoy se podrían hacer muchas más cosas, simplemente con mucho más esfuerzo de toda la sociedad mexicana.

El esquema normativo beneficia de manera impactante, inmediata, a los migrantes regulares cuando están en México; tenemos que revisar qué pasa con los irregulares. Constitucionalmente y, de acuerdo también con el primer precepto de la ley, esos migrantes irregulares al pasar por México tienen derechos, pero ¿cómo estamos bajando esas acciones para que realmente se concreten? Hoy les comento que es complicadísimo tener una asistencia en salud.

Si tienen un accidente grave, por ejemplo, si se descarrila el tren, por supuesto son recogidos por las instituciones de manera inmediata. ¿Pero qué pasa con esos migrantes silenciosos que no están siendo atendidos y que requerirían algún apoyo de salud en su tránsito o simplemente que están irregulares en México?

Vamos a la parte de Estados Unidos. Voy a tratar de complementar lo que seguramente Xóchitl Castañeda ya mencionó. El migrante mexicano en Estados Unidos tiene una cobertura mucho menor a lo que tienen en general los centroamericanos y otros países. Hoy el tipo de trabajo que tienen los migrantes mexicanos, el tipo de trato que se les ha dado, la manera como estamos organizados y la respuesta que pueden tener desde el gobierno de Estados Unidos o desde el gobierno mexicano, han hecho que no tengamos una población que esté cubierta de manera digna y suficiente.

Muchos de los problemas por los que atraviesan los mexicanos son, para empezar, que trabajan en los sectores de la construcción, de la agricultura, de los servicios, en general, de baja calificación. Esos son los oficios donde menos cobertura tienen los mexicanos que están en los Estados Unidos.

Esa es la causa primaria que provoca que vivan con mayores riesgos y su cobertura sea la menor respecto a la que tienen los migrantes de otros países; la cobertura en el sector público

es bajísima y, en general, no tenemos un panorama de una nación que esté bien cubierta en materia de salud. Hoy, la acción del gobierno y la de la sociedad requiere buscar nuevos esquemas, con o sin reforma migratoria.

Dicha reforma todavía tiene posibilidades de accionarse. Ojalá que pase, pero ¿si no pasa? Somos un país que no debe estar esperanzado nada más en un acontecimiento de esta trascendencia. Los que vivimos en 1996 esperábamos una reforma migratoria de mucho más calado. En 2001, por supuesto, todo parecía que venía la “hall enchilada” y vinieron las torres gemelas; eso hizo que cambiara absolutamente todo.

A partir de entonces se cerraron las fronteras, Estados Unidos entró con una mentalidad de seguridad y, desde entonces, las negociaciones se han complicado, los mecanismos de negociación se han cerrado enormemente, por lo que el panorama no es bueno. Las repatriaciones en la época del presidente Obama han sido las peores de la historia de la relación México-Estados Unidos.

Tenemos, desde 2007 hasta la fecha, aproximadamente 400 mil repatriaciones, ahora con el ingrediente de que se ha trasladado a los lugares de trabajo, y a los hogares. Esto tiene que ver con los migrantes que tienen más de un año. Antes, las repatriaciones se daban, sobre todo, en la franja fronteriza y se daban con un tipo de migrante. Ahora el operativo que se hizo para armar estas repatriaciones fue poderosísimo.

Hay un instituto que se llama MPA, en Washington, que tiene un estudio de todo lo que se armó para poder lograr esas repatriaciones; intervino un aparato increíblemente grande. Entonces, tenemos que ver que esto va a seguir aconteciendo. No podemos esperanzarnos en que tendremos un momento de calma.

Aquí, lo que tenemos con referencia a los migrantes es que ya hay por lo menos congruencia entre los preceptos constitucionales y los preceptos de la Ley de Migración en la parte de atención a la salud. Hoy están alineados, aunque no se han bajado en mucho sentido acciones concretas y, en muchos casos, los migrantes están desprotegidos; sí tenemos por lo menos un marco normativo que nos permite llevar hasta las últimas consecuencias la parte de salud. Pero el caso más significativo es hacia los migrantes irregulares; en este rubro existe todavía el problema

de que no tenemos un marco donde podamos facilitar a esos migrantes el que puedan tener un buen camino en México.

Tenemos una falta de información muy importante en materia de acceso a la salud. Hoy debemos ir hacia los puntos fronterizos y hacia las comunidades de origen para dar mucho más información en esta materia. Si bien hay una disminución en las desigualdades en el área de salud entre mexicanos y migrantes en territorio nacional, es responsabilidad de los diferentes órganos e implica una colaboración horizontal, lo que nos lleva a que el Programa Especial de Migración pueda ser uno de los ejes más importantes en los próximos años en materia de acciones de migración y salud.

En lo que se refiere a la promoción de la salud global, obliga a asegurar que las poblaciones migrantes se beneficien de los mismos protectores de la población en general, como recursos económicos, protección social y laboral, igualdad de oportunidades en educación y salud. Es importante fortalecer el compromiso político para que estos objetivos se concreten.

Como reflexión final quiero decirles que hemos vivido un modelo de migración que está desapareciendo, y me congratulo de que desaparezca, es el modelo de la invisibilidad. Hoy los migrantes están dejando de ser invisibles y los factores de la migración también están dejando de serlo. Vivimos en México decenas de años, teníamos una migración en la que se iban millones de mexicanos y el gobierno, tanto mexicano como estadounidense, hacía como que no pasaba nada.

Hoy tenemos gobiernos centroamericanos que saben que, desde su origen, están saliendo miles de miles de migrantes y que, muchas veces, sólo se levanta la mano cuando surge un problema de derechos humanos, porque se vuelve mediático. Pero, ¿dónde está la responsabilidad de todos nosotros en materia de migración, debemos de asumir una misma conducta? Está exactamente en que ese modelo de invisibilidad desaparezca: que las casas de migrantes, las personas que las comandan, todo ese sector humanitario alrededor de la migración, que incluso muchas veces es la iglesia católica, estemos hoy en la mesa hablando de los problemas que tenemos. Que también lo hablen los diferentes sectores.

Es insuficiente lo que estamos haciendo en materia migratoria, hoy más que nada debemos alinear a los países de origen,

países de destino y países de tránsito, para asumir todos la responsabilidad. La reforma migratoria tiene un enfoque de intereses de los Estados Unidos que tienen que ver con la seguridad. Ésta no se refiere sólo a su frontera con México, es una seguridad hemisférica, sino que ésta tiene que ver con la frontera sur de nuestro país. En México tenemos once puntos formales de ingreso: nueve vía Guatemala y dos vía Belice. Hay 56 informales y aproximadamente 200 que son “caminos por costumbre”. Por tal, es una frontera que no da paso a tener un factor de desarrollo.

Pero, ¿qué significa migración y desarrollo? Significa que busquemos los esquemas de manera regional. En primer lugar, asumir la corresponsabilidad en materia regional significa que en los lugares de destino y de tránsito se propicien las labores de integración y reintegración social. Tuvimos una reunión muy importante sobre migración y desarrollo; las ponencias las presentaron los alcaldes de Atenas y de Barcelona, y la comisionada para Migración. Son tres personas que están trabajando en favor de los migrantes. Hay programas especiales y voluntad por integrar a los migrantes de manera que tanto los migrantes regulares como los irregulares puedan vivir en una comunidad.

Hoy debemos hacer llamados importantes y buscar la forma para que esos migrantes que transitan por nuestro país se puedan integrar a los programas cívicos, culturales y económicos. La reintegración social es un punto fundamental, sobre todo con el asunto de la repatriación, que ya mencioné; éste es un elemento importantísimo, para que, a partir de las capacidades que están teniendo, a partir de sus aprendizajes, vengan a aportar a nuestro país y no los convirtamos en personas inservibles por el olvido de todos nosotros en materia migratoria.

Las acciones están muy claras, muy concretas, las podemos perfectamente encontrar. No estamos hablando de teorías ni de modelos inalcanzables. Hoy, en cada comunidad de la frontera norte, se pueden aplicar muchísimos temas que se relacionan con la migración, la bioética y la salud. Asimismo, por la frontera sur pudiera haber enormes oportunidades para aplicar los conceptos de bioética, salud global y migración, pero también de corresponsabilidad y desarrollo. Hoy todos los elementos deben estar en la mesa.

Son necesarios todos los aspectos para que podamos dar un salto generacional y verdaderamente hagamos algo por la migración. Debemos buscar el desarrollo y dar un salto hacia lugares donde podamos establecer estrategias, donde el migrante se convierta en un agente del desarrollo; que la migración sea agenda del desarrollo, de una migración con corresponsabilidad en todo sentido, al interior de la comunidad, entre los diferentes actores de gobierno, entre las regiones, entre los países.

¿Por qué todo debe ser integral? porque es un fenómeno que nació con el ser humano y va a morir con él. La migración es tan natural al ser humano que ha desarrollado a la raza humana. Ese es el sentido que le dan los grandes evolucionistas, así han explicado la inteligencia humana a partir de esa búsqueda de alimento y a partir de ese camino que requerían, de maneras más finas.

Hoy es muy claro que tenemos que trabajar en proyectos de salud. Es uno de los ejes fundamentales en materia de justicia social, pero requieren estudios y decisiones de todo tipo: humanas, políticas, sociales, comunitarias. Debemos caminar en ese sentido, hacia el ajuste entre estos diferentes temas.

PARTE II
ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA

EDUCACIÓN MÉDICA EN MÉXICO Y EL SABER BIOÉTICO

Alberto Lifshitz Guinzberg

Cuando se intenta hacer una reseña de la educación médica, conviene examinar al menos dos vertientes: el contenido y la metodología. En lo que se refiere al saber bioético, por décadas se manejó como extracurricular con sustento tan sólo en documentos normativos un tanto anacrónicos. Paulatinamente se ha ido incorporando en los planes curriculares con una representación variable, que va desde una asignatura formal, independiente y única, hasta tan sólo un pequeño fragmento de una materia más amplia, como ocurre con “historia y filosofía de la medicina”. Pero lo cierto es que se trata más bien de una asignatura transversal y longitudinal a lo largo de todo el currículum porque está vinculada literalmente con todas las demás asignaturas. Lo que no se ha propiciado es el espacio para la reflexión bioética y en muchos casos se enfoca como una materia puramente conceptual o teórica, cuando el tema invade lo procedimental (proceder bioético) y lo afectivo (contraste con los propios valores).

Los profesores de clínica suelen utilizar lo que se ha dado en llamar “escoleta”, que viene de los procedimientos de los músicos que se reúnen para practicar su arte. En la clínica, la tendencia es la de discutir en grupo, incluyendo a los estudiantes, las características del caso clínico tanto en sus dimensiones diagnóstica como pronóstica y terapéutica. En esta práctica cada uno de los participantes se cuestiona a sí mismo y, en su caso, pregunta a los demás, con lo que se concluyen propuestas de conducta profesional. Lo que no ha permeado es incluir en esta

práctica la escoleta bioética, pues cada caso plantea interrogantes de esta naturaleza que podrían ser objeto de análisis y discusión.

Se ha dicho que los estudiantes no son sensibles a la bioética y que esta sensibilidad la adquieren hasta que asumen responsabilidades laborales como médicos. Probablemente esto no es del todo cierto, pues en su ámbito de actuación enfrentan dilemas y conflictos que tienen la connotación ética. Por ejemplo, informar o no a los pacientes de su condición de estudiantes; solicitarles autorización para consultar su expediente; denunciar a los compañeros que copian en el examen o hacen algún otro tipo de fraude; abogar por los enfermos ante diversas situaciones del hospital que les son incómodas o molestas; gestionar para los pacientes la visita de los familiares, el notario o el confesor; mentir piadosamente a los enfermos terminales, etc. También es verdad que la percepción que los estudiantes tienen de la ética muestra amplias variaciones, no totalmente diferentes de las que tienen los distintos individuos.

En la educación médica se sobreponen diferentes teorías éticas que no dejan de causar confusión e incertidumbre en los jóvenes. Por un lado, una ética deontológica que les instruye sobre cómo se debe proceder, y por el otro, una ética utilitarista o teleológica en la que se pondera sólo el resultado y se soslaya el proceso. Cuando se dice que todos los pacientes son importantes, pero se les jerarquiza en función de su utilidad social para que sólo los “valiosos” ocupen una cama de terapia intensiva o un órgano para trasplante, los alumnos perciben la contradicción. Cuando se pondera que cada paciente tendría que ser atendido por el profesional más competente, pero se les deja a ellos como principiantes de la responsabilidad de hacerlo sin asesoría ni supervisión ocurre lo mismo. Y como estos hay muchos ejemplos más.

La instrucción sobre el saber bioético, más que aportar teorías o recomendaciones, habría de confrontar a los estudiantes con sus propios principios y valores, propiciar que sean verdaderamente autocríticos en su actuar cotidiano, que eludan la práctica rutinaria para adentrarse en una reflexiva, que más que criticar la actuación de los demás sean capaces de enjuiciarse a sí mismos y proceder en consecuencia; que cuestionen respetuosamente las prácticas habituales para identificar los componentes bioéticos; que se comprometan auténticamente con el bienestar de los pacientes más que con el propio y hasta con la doctrina y la ciencia; que jerarquicen a los pacientes

por encima aún de los valores académicos; que procuren hacerse útiles aún en las etapas formativas iniciales; que reconozcan la importancia de encontrar para cada enfermo la mejor de las alternativas existentes; que hagan conciencia de la importancia de los costos para que, en igualdad de circunstancias, elijan la opción menos costosa. La estrategia educativa habría de propiciar los espacios adicionales a los puramente curriculares para discutir varios de estos aspectos.

Finalmente, lo que da valor al aprendizaje es el componente afectivo, lo que incide en los estratos más profundos del aprendizaje, lo que genera experiencias significativas, sometidas a reflexión y análisis, cuestionamiento y crítica. La evolución de la medicina nos confronta hoy en día con situaciones inéditas, de tal modo que carecemos de referentes documentales y las decisiones éticas se tienen que asumir con base en la racionalidad y la lógica. Por ello, es fundamental que, al igual que los alumnos aprenden el razonamiento diagnóstico y el terapéutico, también tengan presente el ético, lo que necesariamente requiere un abordaje pedagógico específico.

Referencias bibliográficas

- GARCÍA-MANGAS, J. A., J.L., García-Vigil, A. Lifshitz, (2016). “Percepción de lo ético desde el punto de vista de los estudiantes de medicina”. *Revista Médica del IMSS* 54, no. 2, 230-241.
- LIFSHITZ, A., (2001). “La ética del estudiante de medicina”. *Medicina Interna de México* 17, no. 4, 202.
- QUEZADA, A.,(2008). “Hacia la enseñanza de la bioética”. *Acta Bioethica*. 14, 7-10.
- VAN DICK-PUGA, (2006). “Enseñanza de la ética en la práctica clínica”. En M. Altamirano-Bustamante, J. Garduño-Espinosa, MC. García-Peña, O. Muñoz-Hernández (eds.). *Ética clínica*, 61-89 . México: Corinter.

EL PENSAMIENTO BIOÉTICO EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Enrique Beascochea Aranda

No fue la bioética quien se incluyó en las ciencias médicas, sino éstas las que dieron lugar a la bioética como una reflexión de segundo grado sobre ellas. A lo largo de este escrito trataré de mostrar cómo el mismo desarrollo de las ciencias de la salud dio lugar desde su origen a una reflexión ética sobre el sentido del conocimiento biológico con fines médicos, el significado filosófico de la higiene y de la salud para el ser humano.

Una de las diferencias trascendentales entre las culturas orientales y occidentales es su cosmovisión, la ubicación y papel del ser humano en el universo. Para las civilizaciones de matriz oriental ancestrales lo existente es conceptuado como una totalidad, expresión de la divinidad; en cambio, en la Atenas del siglo v a. C., la divinidad y el universo constituyen realidades diversas. Por ello, los griegos acuñarían el término *physis* para referirse a la naturaleza (Werner, 1995: 152-155). Consecuentemente, mientras que en las civilizaciones orientales el ser humano es un contemplativo, para los griegos el ser humano es quien tiene el desafío de conocer el cosmos y las leyes que condicionan su ordenamiento interno.

Estas dos maneras de entender y de situarse ante el mundo han condicionado el desarrollo posterior de la actitud humana frente a la realidad percibida, de suerte que en oriente se busca más la adaptación y la integración a la totalidad, mientras que en occidente la búsqueda de la 'Verdad' se convierte en el análisis de lo

diferente. Mientras que el pensamiento oriental pretende una espiritualidad armónica e integradora; desde Sócrates hasta nuestros días, la cultura occidental intenta desentrañar la realidad para comprender todo a través de sus elementos constituyentes, por ello, desde Demócrito la pretensión de llegar a lo atómico –lo indivisible–, constituye una tendencia que ha marcado la actividad de quienes han dedicado su vida a la comprensión del ser humano mismo y de su entorno.

Mientras el oriental contempla y percibe, el occidental se pregunta e investiga por aquello que observa y distingue como diverso. No en balde la aporía epistemológica entre lo común y lo distinto, lo uno y lo múltiple, ha marcado el desarrollo filosófico de occidente. La ciencia clásica de matriz griega se esforzaba por comprender las fuerzas que gobernaban el Orden del Universo, su pensamiento estaba guiado por la relación de los contrarios, así, para Aristóteles la virtud estaba en el medio y la verdad en el equilibrio entre estos dos polos en conflicto.

De Hipócrates a Sir Thomas Percival

No parece particularmente novedoso para quienes tienen conocimiento sobre las ciencias médicas que, en el siglo v a. C. bajo la atribuible autoría de Hipócrates, se conociera el famoso “Juramento” que durante siglos sirvió como referente obligado para la práctica profesional de generación tras generación de médicos en el mundo occidental. Una lectura detenida de este texto permitiría encontrar fácilmente en él los principios de Beneficencia y Justicia. Solamente que habría que tener cuidado, a propósito de los significados contextualizados históricamente, de estos principios.

Lo primero que sería indispensable anotar es que ciertamente la obligación de “No hacer daño”, formulación negativa, y “Hacer el bien”, formulación positiva, estaba fincada en dos apreciaciones. En primer lugar, los conocimientos médicos y el arte de curar (*gnous* y *tekné*) se transmitían sólo a los elegidos como discípulos, lo cual confería a estos una especie de poder, que en este caso los separaba de los demás seres humanos sobre quienes lo ejercerían. En segundo lugar, de acuerdo con el pensamiento de los dos filósofos más influyentes de esa temprana época, Platón y su discipu-

lo Aristóteles, el enfermo padecía de una infantilización del estado de la conciencia y una merma en la capacidad de juicio debido a la condición de “debilidad” a que lo sometía la enfermedad (Platón, 1996: 713-721; Aristóteles, 2000). Esta situación exigía del médico, consecuentemente, una actitud de solicitud paternal que conllevaba, por parte del enfermo, una sumisión casi absoluta ante las decisiones de aquél. Posteriormente, esto dará lugar a lo que se ha denominado paternalismo médico.

Durante muchos siglos, el contenido ético del Juramento Hipocrático fue quien normó la relación médico-paciente en el mundo occidental, hasta que en 1803, con motivo de un conflicto por impuestos, se creó un feudo entre médicos, cirujanos y farmacéuticos. Se solicitó a un reconocido médico anglosajón, Sir Thomas Percival, la elaboración de un cuadro esquemático de conducta ética profesional para el personal de salud.

En palabras de Robert M. Veatch, la actitud del personal de salud y en particular del médico, debía, además de lo contenido en la tradición hipocrática, reproducir la ética del caballero (*gentleman*) inglés; es decir: la compasión con mesura y la condescendencia con autoridad (Veatch, 1997). En 1927, Sir Thomas publicó su obra con el nombre de *Ética Médica*, que en el mundo anglosajón se convirtió en una guía para la profesión médica y de salud. El resto de los países occidentales continuaron con la tradición hipocrática más o menos adaptada al contexto de cada país.

De Sir Thomas Percival al Código de Nüremberg (1803-1948)

Hacia las últimas dos décadas del siglo XIX la ciencia y la tecnología, en particular la medicina, comenzaron a desarrollarse y progresar más rápidamente de lo que lo habían hecho a esta fecha, este avance implicó tanto para el personal de salud como para los científicos una necesidad de reflexionar sobre el significado para la humanidad de las consecuencias de los nuevos descubrimientos, así como del sentido para la vida que podría estar involucrado. El espíritu de Prometeo se había hecho sumamente manifiesto y las posibilidades sobre el conocimiento y control de la naturaleza, por parte de la razón humana, parecían en extremo promisorias. La Biología, la Física y la

Química se estaban desarrollando notablemente y sus aplicaciones a la práctica médica y a la investigación sobre el origen de las enfermedades, el misterio de la vida y los seres de esta naturaleza.

Si bien a finales del siglo XVIII, con la Ilustración, se dio un distanciamiento notable entre el paradigma religioso para entender la naturaleza y la emergencia de la razón como clave hermenéutica, única de comprensión humana donde la reflexión filosófica tuvo un gran auge y diversificación; los descubrimientos científicos y el avance en el desarrollo tecnológico comenzaron a desdibujar la influencia de esta actividad de la razón por la preocupación acerca del significado y el sentido de la actividad humana. La palabra más evocadora de futuro fue la de “progreso”, poco a poco, casi insensiblemente lo que el conocimiento previo catalogaba como fines de la actividad humana y social, se desdibujó frente a los medios; en palabras de J. Habermas, la reflexión racional se fue reduciendo casi exclusivamente a la “racionalidad instrumental”.

La Ética se fue convirtiendo en una rama de la Filosofía más que en una preocupación por lo que constituía su naturaleza y objetivo original: la orientación racional del actuar y lograr humano. El juicio moral se redujo a “si es posible científica y tecnológicamente, luego es bueno”. La primera mitad del siglo XX en occidente estuvo marcada por la crisis económica y las dos guerras mundiales. Estos eventos dejaron como herencia la priorización de la dimensión económica en el desarrollo social y en el de la investigación y la creación tecnológica para fines militares, que afortunadamente se aplicó a la medicina, generando recursos insospechados para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Pero también, la Alemania nazi realizó durante la Segunda Guerra Mundial experiencias absolutamente salvajes con seres humanos en aras de la eugenesia de la raza aria, que dieron lugar a los juicios posteriores realizados en Nüremberg en contra de los responsables. Como resultado de estos procesos judiciales, los tribunales establecieron una normatividad para la investigación y experimentación que involucrara seres humanos. Este conjunto de normas es el que se denominó “Código de Nüremberg”.

Del Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki-Tokio a Van Rensselaer Potter y Stephan Toulmin (1945-1971)

El Código de Nüremberg constituye el primer código de ética pública para guiar la práctica médica. Añade a los principios formulados por la tradición hipocrática de “No maleficencia, beneficencia y justicia el de autonomía”, derivado del imperativo categórico propuesto por Immanuel Kant a finales del siglo XVIII, según el cual, ningún ser humano por el hecho de serlo podría ser utilizado como medio, sino tendría que ser respetado como un fin en sí mismo. De esta manera, se prohíbe la investigación, experimentación o la intervención médica sin el propio consentimiento manifestado por el sujeto, en uso de sus facultades mentales y libertad, mediante la información respecto de la naturaleza de su participación en estos eventos. Este nuevo principio constituye un correctivo eficaz en contra de lo que anteriormente hemos señalado como “paternalismo médico”.

La biotecnología, la nueva biología celular, abre posibilidades de intervención médica en campos que parecían inalcanzables en otras épocas de manera acelerada, como la identificación del genoma humano, la fertilización asistida, la ingeniería genética, entre otros. Ya no se trata solamente de la relación médico paciente, sino de la intervención en el propio origen de la vida humana y la alteración de su desenvolvimiento así llamado natural con consecuencias imprevisibles de gran trascendencia para los individuos y la especie. Estos acontecimientos dan lugar a que la reflexión sobre ellos no constituya asunto exclusivo de los filósofos, sino de todos los participantes como los propios científicos y profesionales de la salud, sino también en la esfera social y política de los funcionarios del Estado.

Es por ello que en el mundo occidental se crean comisiones e instituciones tanto de orden público como privado que tendrán por objeto el estudio de estos fenómenos recientes y su enmarcación ética y jurídica. Ejemplo de ello son la Conferencia sobre los “Grandes Temas de Conciencia en la Medicina Moderna”, realizada en septiembre de 1960, en el Dartmouth College, en Hanover, New Hampshire, Estados Unidos; la fundación del Hasting Center de la Universidad de Harvard y del Instituto Kennedy de

la Universidad de Georgetown, en julio de 1971 (Jonsen, 1998). Tanto las conferencias como estas instituciones convocan regularmente a académicos de humanidades, ciencias, derecho y profesionales de la salud para abordar de manera interdisciplinaria los temas suscitados por los nuevos descubrimientos e intervenciones posibilitadas por las actuales tecnologías sobre el curso de la vida y discutir sobre su impacto en el futuro, sus riesgos y sus posibilidades benéficas para los seres humanos.

Es en este contexto donde la reflexión ética sobre la práctica médica da lugar a una disciplina de reciente construcción debido a autores como el bioquímico oncólogo, Van Raensselaer Potter, quien en 1971 publicó un artículo usando el término “bioética” para referirse a ella como el “Puente hacia el futuro”. Su carácter interdisciplinario llevará al filósofo Stephen Toulmin a afirmar que esta nueva manera de acercarse a estos temas salvaría a la Ética que había quedado relegada al margen de la ciencia moderna y considerada sólo como una rama de la Filosofía. Actualmente, se ha hecho público que quien la usó por primera ocasión fue otro autor alemán, Fritz Jahr, quien en 1927 parafraseando a Kant sugería que habría que considerar a todo ser vivo como un fin en sí mismo a lo que denominó “imperativo bioético”.

Los trabajos de estas comisiones e instituciones de repercusión internacional han venido realizándose constantemente y tuvieron un momento trascendental con la elaboración y publicación del “Reporte Belmont”, encargado por el Congreso de los Estados Unidos en 1974 a Tom Beauchamp y James Childress, quienes reunieron a una enorme cantidad de especialistas en diversas disciplinas como la Ética, la Filosofía, la Medicina, la Psicología, el Derecho y las Ciencias Sociales con cuyas contribuciones se generó dicho documento publicado en 1978.

Como se puede ver no se trata de un pensamiento que se incluya en las ciencias médicas y de la salud, sino más bien una consecuencia del desarrollo de éstas y los desafíos que ha enfrentado, porque en la Medicina, probablemente a diferencia de otros campos de conocimiento, la reflexión moral siempre ha estado presente a lo largo de su historia.

Referencias bibliográficas

- ARISTÓTELES, (2000). *Ética a Nicómaco*, libro 5, VI. México: Porrúa.
- JONSEN, Albert R., (1998). *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- PLATÓN, Timeo, (1996). *Diálogos*. México: Porrúa.
- VEATCH, Robert W., (1997). *Medical Ethics*. Londres: Jones and Bartlet.
- WERNER, Jaeger, (1995). *Paideia*. México: Fondo de Cultura Económica.

LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA BIOÉTICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Octavio Márquez Mendoza

El presente artículo centra su análisis sobre la problemática que existe en la actualidad en la enseñanza de la bioética para los profesionales de la salud, en un mundo altamente cambiante que demanda por ello poner énfasis en la ética de nuestros actos y especialmente en las relaciones entre la ética y la salud en el ámbito laboral-profesional.

Introducción a la enseñanza de la bioética

Adquirir conocimientos acerca del mundo ha sido imperativo para el hombre en la modernidad. La ciencia de esta forma:

ha recurrido a métodos de verificación empírica y lógica quedando relegados y cegados por las luces de la razón. Razón, mitos y tinieblas. Contradictoriamente, el error, la ignorancia y la ceguera, no cesan, en cualquier ámbito y a la par del incremento de los conocimientos (Morin, 2003: 27).

Quizá sea necesario tomar conciencia de los problemas en el progreso del conocimiento, relacionados con la falsa percepción o incoherencia, buscar otra vez las formas en que están organizadas las ideas en torno al objeto de conocimiento. El desarrollo de

la ciencia como se conoce hasta el momento permite un uso intensivo y constante del saber en todos los ámbitos de la sociedad, más allá del académico, generando así la “sociedad del conocimiento”. Su propósito es, según apunta Castells (1999), mejorar notoria e igualmente la relación entre las personas; sin embargo, se ha incrementado la desigualdad entre las personas, siendo este último aspecto de suma relevancia en el ámbito de la salud.

Con el surgimiento del término ciencias de la salud se ha cuestionado el paradigma que concebía a la salud como único objeto de estudio. Actualmente se reconocen las múltiples dificultades presentes en las diferencias de las herramientas y lenguajes para estudiarla. Así, la salud no es más un objeto de análisis, sino un problema para comprender y resolver. Ha dejado de ser antropocéntrica para convertirse en una compleja interacción de sistemas ecológicos y biocéntricos, lo que ha incrementado cada vez más su complejidad a través del estudio de sistemas no-lineales. De este modo, al analizar los modelos de salud es primordial considerar factores tales como pobreza, hambre, contaminación, sobreexplotación y agotamiento de los recursos naturales; conflictos sociopolíticos, políticas económicas y financieras, así como las crisis humanitarias y problemas demográficos. Las ciencias de la salud tienen la especificidad de trabajar con un problema que demanda, desde el comienzo, una apertura mental para considerarlo un sistema abierto, en proceso, inacabado e indeterminado (Maldonado, 2008: 97).

Todo ello unido a un desarrollo especial de las comunicaciones, el trabajo, el ocio y la adquisición de conocimientos, principalmente vía internet, ha provocado una transformación de la sociedad, de la mentalidad y del entendimiento con vivencia de la realidad presente, que obviamente conlleva un cambio educativo en la teoría y en la práctica (Fernández-Carrión, 2016: 16).

La universidad y la bioética

Schmidt concibe a la Universidad como algo más que un lugar para investigar y enseñar o estudiar y aprender, un mero estadio de educación superior, o un lugar de intercambio (pasivo y activo), de información, de conocimientos, de experiencias científicas y vivenciales. Más aún, la considera un centro de servicio

forjador y desarrollador del conocimiento humano. La relación entre investigación y enseñanza involucra exigencias de la investigación con influencia en la educación. Mientras cada disciplina se enseña de manera sistemática y según sus propios métodos, la interdisciplinariedad ayuda a los estudiantes a adquirir una visión orgánica de la realidad y a desarrollar un deseo incesante de progreso intelectual. Las implicaciones morales de cada disciplina son “consideradas como parte integrante de la enseñanza de la misma disciplina; y esto para que todo el proceso educativo esté orientado, en definitiva, al desarrollo integral de la persona” (Schmidt, 2008: 81).

Las deliberaciones acerca de los dilemas de justicia social y moral que surgen al intentar integrar en lo local políticas bioéticas globales que generarán conflictos y debates inevitablemente, posibilitan:

contar con conceptos éticos y un método de investigación [...] que mantenga claros los principios no negociables, permitirá el surgimiento de efectos positivos donde el pensamiento y la investigación se unen para alcanzar el bien común, la justicia y la paz (Mazzanti, 2010: 163).

La educación y la investigación son motores de cambio en lo científico y tecnológico, aunque no en las transformaciones sociales y culturales, pero sí pueden tener influencia en la formulación de políticas y directrices de quienes laboran en ella. Luego, “los docentes como puente entre el presente y el futuro, entre las ilusiones y las realidades, deberán forjar los caminos de búsqueda de la trascendencia, los conocimientos, valores y actitudes de los estudiantes” (Schmidt, 2008: 83).

El rol de los claustros académicos y de las sociedades científicas

Las universidades tienen, por su propia naturaleza, la misión y el deber de enfrentar este estado de cosas, de ser sensibles a los signos de los tiempos y de formar las futuras generaciones en consonancia con los cambios presentes. Las realidades del mundo actual se han vuelto cada vez más confusas y menos simples. A lo largo de la se-

gunda parte del siglo xx y, especialmente, en las últimas décadas, las interrelaciones y las interconexiones de los constituyentes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales y ecológicos, tanto a nivel nacional como mundial, se han incrementado de tal manera que la investigación científica clásica y tradicional –con su enfoque lógico-positivista– se ha vuelto corta, limitada e insuficiente para abordar estas nuevas y difusas realidades. Han revelado su insuficiencia, sobre todo, los enfoques unidisciplinarios o monodisciplinarios, es decir, aquellos que, con una visión ‘reduccionista’, convierten todo lo nuevo, diferente y complejo, en algo más simple y corriente, quitándole su novedad y diferencia y convirtiendo el futuro en pasado (Martínez, 2009: 20). Desde las últimas décadas del siglo xx, un limitado número de académicos ha enfrentado este problema, en las universidades más progresistas del planeta, iniciando, primero, unos estudios multidisciplinarios, luego, estudios interdisciplinarios y, finalmente, estudios transdisciplinarios o metadisciplinarios; es decir, estudios que ponen el énfasis, respectivamente, en la confluencia de saberes, en su interacción e integración recíprocas, o en su transformación y superación.

En cualquier nivel, el horizonte de la educación está constituido por la posibilidad de un mejoramiento moral del educado. Sin embargo, hay que considerar el cuidado que implica que este sujeto sólo se considere producto de su formación y que reproduce de manera simple la forma de pensar, sentir y actuar de las condiciones sociales que le han acompañado desde su infancia. Martínez (2014) cita a Wyneken quien resalta que no basta con tener ideas, sino que hay que vivirlas. Asimismo, refiere que la escuela funge como una institución encargada de conservar para los seres humanos un patrimonio para las futuras generaciones; sin embargo, tiene que considerar la edad de la juventud que representa el futuro de la humanidad. Si se considera el entorno social del espacio educativo donde esos jóvenes se desenvuelven y sobre el cual se encuentran construyendo planes, se puede captar el hecho de que muchos de los contenidos de las asignaturas provienen del ambiente liberal y del marco social que pretende interesar a los alumnos con premios inmediatos, y mediante la obtención de reconocimientos académicos o equivalentes. Así se observa una incoherencia entre la educación

escolarizada de los jóvenes y las exigencias de la sociedad (Martínez, 2014: 110).

Márquez, Veytia, Guadarrama y Delgado declaran la multidisciplinariedad de la bioética debido a que abarca principalmente dos campos del conocimiento: la filosofía y la ciencia, las cuales comparten numerosos problemas. Su estrecha vinculación se centra en su interés por establecer restricciones al avance técnico-científico pretendiendo definir criterios y límites en la actividad científica. Consideran que la bioética no es una ciencia acabada, y dada su interdisciplinariedad, continuamente se está construyendo. Los principios morales bajo los que se rige son en general todos aquellos que están a favor de la vida, pues:

ante los avances tecnológicos y científicos continuos, la bioética deberá encontrar diversas formas de solucionarlos, mediante la aportación de diferentes ámbitos del conocimiento, es decir, de varias disciplinas científicas, así se forjan nuevos modos de investigación. Los modelos generados tendrán que aplicarse en casos particulares (Márquez, Veytia, Guadarrama y Delgado, 2011: 203).

Por último, Mejía, Ortiz, Ramírez y Salas refieren que las instituciones académicas de nivel superior tienen como principal propósito “egresar profesionistas competentes, altamente calificados para saber actuar frente a retos actuales en escenarios cambiantes, donde el comportamiento es dinámico e indeterminado (Mejía *et. al.*, 2014: 252). La incertidumbre es alta y demandante, principalmente: creatividad, innovación, habilidades de investigación y crítica, con el objetivo de resolver problemáticas cotidianas. Axiológicamente, la mayor preocupación son aquellos estudiantes y egresados en plena actividad profesional para que desarrollen y pongan en acción aquellas competencias que los lleven a conducirse y a orientarse por las más estrictas normas éticas, sobre la base de un pensamiento y una actitud crítica.

La enseñanza de la bioética

Existe multitud de métodos de enseñanza de bioética en facultades de ciencias de la salud, de medicina, entre otras, de todo se

escogerá como muestra dos de ellos; el primero, el propuesto por Julia Cheftel (2008), en la Unesco de Montevideo, Uruguay, que cuenta con el siguiente contenido 'básico': ¿Qué es la ética?, ¿qué es la bioética?; dignidad humana y derechos humanos; beneficio y efectos nocivos; autonomía y responsabilidad individual; consentimiento; personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento; respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal; privacidad y confidencialidad; igualdad, justicia y equidad; no discriminación y no estigmatización; respeto de la diversidad cultural y del pluralismo; solidaridad y cooperación; responsabilidad social y salud; aprovechamiento compartido de los beneficios; protección de las generaciones futuras, y protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. Mientras para su puesta en práctica, en la resolución de problemas bioéticos, lo presenta dividido en tres apartados: 1) el punto de vista moral; 2) la naturaleza de los juicios morales; y 3) Método ético de razonamiento: *primer paso*: deliberación sobre los hechos; *segundo paso*: deliberación sobre los valores; *tercer paso*: deliberación sobre nuestro deber; *cuarto paso*: comprobar la coherencia; y, *quinto paso*: conclusiones.

El segundo, propuesto por Fernández-Carrión, en la FEYO de la UAEMex, en México, a través del siguiente temario: I. Ciencia, sociedad y bioética; II. Ciencia y uso científico; III. Origen de la bioética; IV. Educación de bioética; V. Fundamentos filosóficos de la bioética; VI. Bioética, bioderecho, biopolítica y bioeconomía; VII. Principios bioéticos; VIII. Principios bióticos en la salud pública; IX. Modelos bioéticos; X. Fines y medios en la bioética; XI. Bioética y biotecnología; XII. Aplicación práctica de la bioética.

Conclusiones

En la tarea exigente de diseñar y poner en marcha los modelos educativos en las instituciones académicas, deberán contar con unidades de aprendizaje en humanidades, supervisadas por comisiones de ética. La bioética entonces debería también formar parte fundamental de la educación formal y escolariza-

da de todos los jóvenes encargados de ejercer una futura profesión en la sociedad.

La educación en general es un deslumbramiento hacia lo nuevo, por lo tanto, pensar en el surgimiento de una “nueva humanidad” es posible. La bioética global y la interdisciplinariedad como saberes y métodos de aprendizaje que van más allá del positivismo, buscan a partir de formas personales, inter-personales, culturales e inter-culturales, institucionales e inter-institucionales, inter y multidisciplinarias la búsqueda hacia la “nueva humanidad” (Maldonado, Osorio y Delgado, 2013: 40). Una relación distinta a la actual del hombre con los sistemas biológico-culturales, ya que el hombre no sólo forma parte de estos sistemas, sino que depende de ellos para su supervivencia.

Referencias bibliográficas

- CASTELLS, M., (1999). *La era de la información: economía, sociedad y cultura. I La sociedad red*. México: Siglo XXI.
- FERNÁNDEZ-CARRIÓN, M.H., (2016). “Incidencia del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ante el cambio educativo en la sociedad global”. En Ma. R. Guerra González, (coord.), *Educación, complejidad y transdisciplinariedad*, (15-58). México: Editorial Torres Asociados.
- MALDONADO, C. E., (2008). *Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- MALDONADO, C. E., Osorio, S. N. y Delgado C. J., (2013). *Ciencias de la complejidad desarrollo tecnológico y bioética ¿para qué sirve la bioética global?* Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.
- MANZATTI, M. Á., (2010). “Investigación transdisciplinaria en ética moderadora de la importación de políticas bioéticas globales”. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(12), 154-163.
- MÁRQUEZ, O., Veytia, M., Guadarrama, R. y Delgado, K. (2011). Introducción a la bioética. En Márquez, O, Huitrón, G. G. y Veytia, (coords.), *La bioética en el siglo XXI, una práctica en la*

incertidumbre. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.

- MARTÍNEZ, L., (2011). “Para que nadie se quede atrás ¿Es posible una educación verdaderamente democrática en el marco de una sociedad liberal?” En *La razón recuperada. Ensayos de filosofía moral y política*, (107-142). Madrid: Fundamentos.
- MARTÍNEZ, M., (2009). “Hacia una Epistemología de la Complejidad y Transdisciplinariedad”. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 14, 11- 31.
- MEJÍA, A., Ortiz, M. J., Ramírez, A. C. y Salas B., (2014). “Hacia un Comité de Ética de Investigación, Docencia y Bienestar animal”. (CEIDBA). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMNSH). En *Bioética para la toma de decisiones. Parte I*. Santiago de Chile: FELAIBE.
- MORIN, E., (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Paidós.
- SCHMIDT, L., (2008). “Reflexiones en torno al currículo. Transdisciplinariedad y diálogo bioétipolítico en el siglo XXI”. *Revista Educación y Desarrollo Social*. 2(12).

RETOS DE LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA
EN LAS ESCUELAS Y FACULTADES
DE MEDICINA

Sergio López Moreno
Brenda Jácome Sánchez

El propósito de este trabajo es exponer algunos de los retos que enfrenta la enseñanza de la bioética en las escuelas y facultades de medicina en México y señalar las dificultades para enmarcar sus propósitos, contenidos y modalidades.

La necesidad de la enseñanza de la bioética es clara cuando se exponen algunas de las situaciones propias de la medicina asistencial –que se aplica durante la atención de pacientes y consiste básicamente en la realización de actividades clínicas– o de la bioética que se aplica durante la investigación científica y la evaluación de tecnologías. Recientemente se ha reconocido la importancia de la reflexión moral sobre la naturaleza de los sistemas de salud, la distribución de los recursos sanitarios escasos, la inequidad en el acceso a los servicios de salud y la prestación de servicios a determinadas poblaciones.

En teoría, para desarrollar las capacidades morales de un estudiante, bastaría con ayudarlo a identificar claramente cuáles son los valores morales que debe defender y los deberes que le impone dicha defensa desde su formación profesional. No obstante, esta vía enfrenta obstáculos que rebasan los propios del proceso de enseñanza-aprendizaje. Por ejemplo, en 2012, de acuerdo con la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), en México existían 85 escuelas y facultades de medicina registradas (AMFEM, 2013). Ese mismo año el número de estu-

diantes de medicina en el país fue de 80 410, según la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES, 2013). Esta información indica que el volumen de estudiantes que debe ser formado en bioética es enorme. En unos años, esta población será responsable de los servicios de salud del país, ya sea otorgando atención médica, organizando los programas y servicios, operando los programas de enseñanza o realizando investigación científica.

Empero, el número de estudiantes de medicina no constituye el principal reto para la enseñanza de la bioética en México. Desde nuestro punto de vista, el principal problema reside más bien en la ausencia de un modelo o de un grupo de modelos a partir de los cuales las instituciones de educación superior diseñen, operen y evalúen la enseñanza de la bioética.

A pesar de que en la última década el número y la calidad de las especialidades, maestrías y doctorados en bioética han crecido considerablemente en el país, en el nivel de pregrado cada escuela de medicina ha tenido que diseñar sus objetivos, contenidos y métodos educativos en el área sin contar con criterios elaborados *ex profeso*. En el mejor de los casos se han importado los programas académicos de los países que comenzaron la enseñanza de la bioética hace varias décadas. Por esta razón –aunque la naturaleza de la bioética, como filosofía moral, impide que pueda enseñarse bajo un modelo único, universal, parece conveniente generar y evaluar modelos curriculares que apoyen las decisiones sobre cuándo enseñar bioética, bajo qué modelos pedagógicos, y a qué profesionales, asignaturas y departamentos puede depositarse la responsabilidad de su impartición, por ejemplo. A cuarenta años de la formalización de la bioética, no se justifica la ausencia de un modelo conceptual que permita determinar los fines, métodos y contenidos básicos para la enseñanza de la bioética en las escuelas de medicina. Esto ha redundado en que la enseñanza de la bioética dependa básicamente de la voluntad de los responsables de incorporar este tipo de contenidos en las carreras. A la fecha, esta falta de uniformidad hace que aún existan escuelas en las que la ética no se enseña de ninguna forma. Tampoco es raro que haya escuelas en las que se impartan algunos contenidos de bioética, pero sin existir departamentos o asignaturas directamente responsables de su enseñanza. En otros casos, los contenidos de la edu-

cación no dependen de la naturaleza del objeto de estudio, sino de los fines de los programas.

El método propuesto para adecuar los planes de estudio propuesto por la AMFEM, por ejemplo, señala que la comisión responsable determinará: “[...] el conjunto, extensión, profundidad y organización de los conocimientos psicológicos, sociológicos, antropológicos, éticos y legales [...] directamente vinculados con el diagnóstico y tratamiento de las 20 patologías previamente determinadas.” Es probable que los contenidos, profundidad y organización de la mayoría de las especialidades médicas deban estar vinculados a las 20 enfermedades más importantes para el médico general, pero esta no es la finalidad ni la riqueza que permite la enseñanza de la bioética.

Habíamos señalado que, por lo menos en teoría, podría pensarse que desarrollar las capacidades morales de un estudiante consiste en ayudarlo a identificar claramente qué valores morales debería defender y qué deberes le impondría tal defensa. Bajo esta lógica, el primer problema consiste en decidir qué valores deben promoverse por encima de otros, ante qué situaciones y qué argumentos podrían sostenerse. Tal decisión implica que alguien establezca previamente la jerarquía de los valores morales a enseñar, lo que parece totalmente inapropiado en una época en la que estas decisiones deben depender de la fuerza de los argumentos esgrimidos en un proceso ampliamente deliberativo, bajo un ambiente laico de profundo respeto hacia las posiciones del otro, y donde la pluralidad filosófica, política y religiosa sea respetada bajo cualquier circunstancia y esté abierta al diálogo. En este momento se sabe indispensable impulsar una bioética secular, laica, pluralista y deliberativa, según las posiciones defendidas, entre otros, por Tristram Engelhardt (1995), Diego Gracia (1989) y Adela Cortina (2000). Para estos autores, la bioética laica se presenta como la única posibilidad de desarrollar una ética universal, que responda a los problemas que caracterizan a las sociedades desarrolladas, basadas en el respeto, la pluralidad y la secularización. Este desarrollo contemporáneo implica, en consecuencia, el reto de la enseñanza de una bioética profundamente dialógica, reflexiva, argumentativa y deliberativa.

Aparentemente, lo primero que tenemos que hacer para planear un modelo general de enseñanza de la bioética es renunciar a

inculcar principios de valor absolutos, aplicables a todos los casos en todo momento. Esto implica la necesidad de revisar a fondo los fines categóricos de la medicina, que frecuentemente se refieren al cumplimiento de valores absolutos –como evitar la muerte o recuperar la salud–, sin ningún tipo de matiz o de excepción. Sin caer en el relativismo moral, es necesario promover modelos de reflexión que incentiven entre los estudiantes el proceso dialógico e influyan en la deliberación responsable, a fin de que las aspiraciones de buena vida y de felicidad individual de los agentes involucrados en un problema moral –pacientes, familiares y médicos– puedan articularse con la búsqueda de valores de vocación universal, cuyo cumplimiento está condicionado a las circunstancias particulares.

En segundo lugar, es necesario insistir en la necesidad de separar la moral de la ética, ya que no es infrecuente encontrar todavía programas de enseñanza basados en posturas emanadas de morales particulares.

En tercer término, es necesario diseñar sistemas de enseñanza que permitan a los estudiantes distinguir los juicios de hecho –a los que están acostumbrados, dado el carácter eminentemente técnico de la medicina–, de los juicios de valor, y de los juicios morales. Probablemente los mejores métodos de enseñanza en este aspecto sean la presentación y análisis de casos reales sobre los que exista documentación suficiente y opiniones autorizadas. Esta modalidad, que privilegia la dimensión formativa sobre la informativa, resulta la más relevante y efectiva. Al finalizar el programa educativo, los estudiantes no sólo deben preguntarse cómo deben actuar como médicos, sino cómo deben actuar en su vida personal, individual y compartida. El principal reto es crear un sentido de responsabilidad moral, un aprecio por la libertad personal y un deseo genuino de lograr una vida buena, siguiendo lo que la razón indique como moralmente justo y bueno.

En cuarto lugar, se encuentra el reto de formar médicos capaces de enfrentar problemas morales en cualquiera de los tres niveles de la bioética contemporánea: *macro*, *meso* y *micro* (Cortina, 2011); tanto en el servicio como en la investigación. Esta es una condición de la que no es posible escapar, y a los tradicionales dilemas clínicos del nivel micro deben agregarse los relacionados con la aplicación de la biotecnología y el perfeccionamiento ge-

nético, por ejemplo. También deben desarrollarse habilidades para reflexionar sobre la ética del medio ambiente y la justicia global, en el nivel macro; la influencia de los sistemas de salud en la justicia distributiva; el rol de la inequidad en la generación de enfermedades; o el enfrentamiento entre la moral del mercado y la moral del estado, en el nivel meso. Ningún médico quedará libre de enfrentar alguno de estos problemas durante su vida laboral, independientemente del espacio profesional que ocupe.

Desde nuestro punto de vista, la ética tiene dos propósitos fundamentales, uno teórico, que obedece a su naturaleza reflexiva y busca comprender qué valores deben ordenar nuestras relaciones con el prójimo, y uno práctico, que proporciona una suerte de guía para conducir nuestros actos conforme a ciertos ideales de bondad, justicia y libertad. Parece razonable pensar que las instituciones dedicadas a la formación de médicos tendrán que buscar que los estudiantes alcancen ambos propósitos, al promover el ejercicio permanente del diálogo libre, abierto y razonado. Es posible que al alcanzar ambos propósitos puedan ser mejores profesionales y mejores personas.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina. *Directorio de Asociados*. Disponible en <http://amfem.edu.mx/direcciones.html#edomex> (Consultado el 17/05/2013).
- ASOCIACIÓN Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. *Anuario Estadístico 2011. Población Escolar en la Educación Superior. Ciclo escolar 2010-2011*. Disponible en <http://www.anuies.mx/content.php?varSectionID=166> (Consultado 15/05/2013).
- CORTINA A., (2000). *“Ética Mínima. Introducción a la filosofía práctica”* (6ª. ed.). Madrid, España: Ed. Técnos.
- CORTINA, A., (2011). *Neuroética y Neuropolítica. Sugerencias para la educación moral*. Madrid, España: Ed. Tecnos.
- ENGELHARDT, T., (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona, España: Editorial Paidós Básica.
- GRACIA D., (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid, España: Ediciones de la Universidad Complutense/Ed Eudema.

PARTE III
NUTRICIÓN Y OBESIDAD EN ADOLESCENTES

LA NUTRIOLOGÍA CLÍNICA: UN QUEHACER BIOÉTICO

Jeanette Pardío López

La bioética es el estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que ésta se examina a la luz de la ética, es decir, de los valores y principios morales; es la disciplina que estudia los problemas éticos que se relacionan con la salud y la vida misma.

En el contexto más práctico y aplicativo, el cuidado de la salud puede ser de carácter clínico o de investigación (Friedman, *et al.*, 2010). El primero está orientado al beneficio y cuidado directo de la salud del ser humano, mientras el segundo significa la generación de conocimientos. A su vez, cada una de estas intervenciones puede tener lugar tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, los dilemas éticos que surgen de la atención individual son competencia de la ética clínica, en tanto que los que dimanen de la atención colectiva competen a la ética de la salud pública.

La nutriología clínica desarrolla su campo de acción en la atención de la salud individual. En este quehacer los profesionales de la salud se capacitan para promover el consumo de una dieta saludable, la cual se caracteriza por ofrecer los nutrimentos necesarios para mantener sana a una persona. En esta ardua labor de orientación alimentaria, necesariamente han de considerarse una serie de variables propias de la cultura culinaria del ser humano; tales como el estrato socioeconómico, condiciones sociales, culturales y polí-

ticas, por mencionar sólo algunas. La inclusión de estos escenarios permite diseñar intervenciones que preserven la identidad de las personas. En este sentido, el análisis de la nutriología clínica desde un contexto bioético adquiere relevancia.

La bioética es una herramienta valiosa que permite guiar la práctica de los profesionales de la salud hacia un contexto de justicia, salvaguardando el respeto de los seres humanos y su capacidad de decidir por sí mismos con base en sus valores y creencias. Desde la bioética, el análisis crítico de cualquier disciplina relacionada con la salud lleva necesariamente a una atención médica de calidad.

La nutriología clínica se define como la aplicación de la nutrición al diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan la ingestión, la absorción intestinal y el metabolismo de los componentes de la dieta; de manera específica, se concentra en la importancia del consumo de una dieta correcta para el mantenimiento de la salud (Kushner *et al.*, 2014).

A su vez, la enseñanza de la nutriología clínica puede definirse como la introducción de los principios científicos fundamentales de la nutrición a la práctica clínica de la medicina. Su objetivo es capacitar a los profesionales de la salud para incorporar la nutriología en el tratamiento y la prevención de las enfermedades. La investigación sobre la enseñanza de la nutriología en las escuelas y facultades de medicina y nutrición se concentra en estudiar el estado actual de los contenidos de nutrición en los planes de estudio con el propósito de asegurar que los estudiantes reciban los elementos necesarios para cuidar la nutrición de las familias que buscan sus servicios (Schreiber & Cunningham, 2015).

A pesar de que en los textos de Hipócrates se cita a la nutrición como fundamental para alcanzar y conservar la salud, la nutriología clínica es una disciplina que apenas a finales del siglo pasado ha sido reconocida como tal.

En la educación médica a partir de 1930 y, sobre todo durante las décadas de los ochentas y noventas del siglo xx, la enseñanza de la nutriología clínica ha sido descrita y revisada por numerosos autores. Desde entonces, instancias como el Consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica de Estados Unidos (AMA, por sus siglas en inglés de American Medical Association), han señalado que en general, a escala mundial, su ense-

ñanza en las carreras de medicina y nutrición es insuficiente, con énfasis en las de medicina; de ahí que se haga un llamado a la necesidad imperiosa de fortalecer la enseñanza de la nutriología clínica en médicos y nutriólogos con el propósito de asegurar una atención clínica de calidad.

La Asociación Americana de Estudiantes de Medicina (AMSA, por sus siglas en inglés de American Medical Student Association) reconoce que después del tabaquismo, los factores relacionados con la dieta y la nutrición están entre los contribuyentes más importantes de las enfermedades y muertes prevenibles y prematuras, tanto en el mundo industrializado como en los países en vías de desarrollo. Lo que afirma, sin lugar a duda, la relevancia de la enseñanza de la nutriología. Desde entonces, en diversos lugares del mundo se han emprendido esfuerzos sistemáticos para atender este llamado, y México no ha sido la excepción. Estos esfuerzos han propiciado mejoras importantes en la enseñanza de esta disciplina.

Es innegable el correlato entre la nutriología clínica y la bioética. La formación en bioética permite reconocer los valores de la sociedad en la cual vivimos; ubica al quehacer del médico como el valor de mayor relevancia para el desarrollo de la humanidad. Desde los inicios de la vida humana, la relación entre vida y salud ha sido el valor más apreciado y buscado por el hombre, pues sin la salud ningún otro valor vale la pena. Así, la bioética –donde *bios* es vida y *ethos*, deber– deposita en el médico el cuidado del mejor y el máximo valor de la vida: la salud.

En este contexto, la nutriología clínica debe observar los principios bioéticos. Se asume que no se puede dejar al arbitrio de cualquier persona la *praxis* de la nutriología. Por el contrario, se requiere de una educación continua, más allá de ideologías y prejuicios, donde sea posible que el nutriólogo se eduque para educar, lo que resalta la responsabilidad que adquieren los profesionales de la salud y de quienes los forman. Así, las facultades y escuelas de medicina y nutrición deben estar lo suficientemente instrumentadas para ofrecer programas de la más alta calidad y actualización de conocimientos (Shah *et al.*, 2010).

De tal manera, una escuela o facultad que se precie de tener excelencia académica, no puede reducirse sólo a formar a sus alumnos en el contexto de los conocimientos clínicos, sino que

debe capacitarlos para que se rijan, en todo momento, por los esquemas de la filosofía de la bioética; es decir, debe despertar en el profesional de la salud todo el dinamismo y capacidad de cuidado y empatía por los valores del ser humano. Sin lugar a duda, es una obligación bioética de cualquier escuela o facultad de medicina o nutrición negar el título profesional a cualquier estudiante que no sea capaz de cumplir con los máximos estándares de formación.

En el contexto de las escuelas y facultades de nutrición en México es posible citar dos instancias que velan por la excelencia académica de los nutriólogos: la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición, A.C. (AMMFEN), y el Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C. La AMMFEN es el organismo de mayor prestigio y reconocimiento dentro y fuera de nuestro país, el cual acredita los programas académicos de las escuelas y facultades de nutrición. Para ello, por veinte años han desarrollado proyectos dirigidos a la planeación curricular y la capacitación de docentes. Hasta el momento, ha acreditado a treinta escuelas y facultades de nutrición que cumplen con los estándares de calidad académica.

Con el propósito de que los planes académicos sean equiparables a nivel internacional, en 2013, la AMMFEN propuso el Modelo Nacional de Formación Profesional para el licenciado en Nutrición; con ello, cada escuela o facultad acreditada deberá generar las reformas curriculares necesarias para la implementación de dicho modelo. Indudablemente, este quehacer se adhiere a los principios bioéticos en el entendido de que dota a los profesionales de la salud de los conocimientos necesarios para garantizar la calidad de su desempeño.

Por su parte, el objetivo del Colegio Mexicano de Nutriólogos es promover la calidad en el ejercicio de la nutriología en nuestro país por medio del trabajo colegiado, la certificación y la recertificación de los licenciados en Nutrición. El Colegio se rige bajo los estatutos del código de ética, el cual promueve el ejercicio profesional de los agremiados bajo un esquema de honestidad, legitimidad y moralidad en beneficio de la sociedad.

Así, ambas instancias, cada una desde su naturaleza institucional, apelan a los principios bioéticos a fin de proteger la vida del ser humano, al dotar al nutriólogo de las competencias necesarias para su ejercicio profesional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la bioética privilegia el desarrollo de

las competencias, entendiéndolas como la habilidad de un individuo para obtener los conocimientos básicos específicos y la capacidad de llevar a cabo ciertas tareas dentro de un área particular de la educación. De ahí que el mantenimiento de la salud a lo largo del curso de vida, por medio de la nutriología clínica, se coloca necesariamente en el terreno de los conceptos *bios*, vida, y *ethos*, deber. La salud se coloca en el terreno de los conceptos de vida y deber.

Referencias bibliográficas

- FRIEDMAN, G., Kushner, R., Alger-Mayer, S., Bistrain, B., Gramlich L. y Marik, P. E., (2010). "Proposal for Medical School Nutrition Education: Topics and Recommendations", [en inglés]. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 34, (no. 6) Suppl. (Nov.-Dec.), 40S-46S.
- KUSHNER, R. F., Van Horn, L., Rock, C. L., Edwards, M. S., Bales, C. W., Kohlmeier, M. y Akabas S. R. (2014). "Nutrition Education in Medical School: A Time of Opportunity", [en inglés]. Am J Clin Nutr 99, (Nº. 5), Suppl (May), 1167S-73S.
- SCHREIBER, K. R. y Cunningham, F. O., (2015). "Nutrition Education in the Medical School Curriculum: A Review of the Course Content at the Royal College of Surgeons in Ireland-Bahrain", [en inglés]. Ir J Med Sci. (Nov. 1).
- SHAH P., Misra, A., Gupta, N., Hazra, D. K., Gupta, R., Seth, P., Agarwal, A. *et al.*, (2010). "Improvement in Nutrition-Related Knowledge and Behaviour of Urban Asian Indian School Children: Findings from the 'Medical Education for Children/Adolescents for Realistic Prevention of Obesity and Diabetes and for Healthy Ageing' (Marg) Intervention Study", [en inglés]. Br J Nutr 104, (Nº. 3), (Aug), 427-36.

DETERMINANTES PSICOSOCIALES DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LOS ADOLESCENTES*

Claudia Unikel Santoncini
Verónica Vázquez Velázquez
Martha Kaufer Horwitz

La obesidad constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Está documentado que es el resultado directo de una ingestión de energía superior al gasto energético. Las causas de este balance de energía positivo son multifactoriales, en él inciden procesos del macroambiente como la economía, la industrialización y el sistema político, y procesos del microambiente como la familia, las creencias y los gustos por ciertos alimentos (Arroyo, 2010: 27-33).

En las complejas relaciones causales que dan origen a la obesidad, el análisis con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos ocupa un espacio central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). Así, la relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que el estado de salud de una persona está estrechamente relacionado con sus condiciones económicas, ambientales y laborales, por mencionar algunas (Flacke *et al.*, 2016: 711). Desde

* Texto basado en: Unikel Santoncini C., Vázquez Velázquez V., Kaufer Horwitz M. "Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad". En: Rivera Dommarco J., Hernández Ávila M, Aguilar Salinas C., Vadillo Ortega F, Murayama Rendón C., eds. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. (2012: 189-209).

entonces se ha documentado que, por ejemplo, mejorar la alimentación, proveer de agua potable a las comunidades, manejar adecuadamente el sistema de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la construcción de las viviendas, aumentan la esperanza de vida y disminuyen la mortalidad infantil y materna.

En la óptica de Álvarez Castaño (2009: 69-79), el estudio de los determinantes sociales y económicos tiene como propósito identificar aquellos elementos que condicionan la posición que las personas ocupan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los factores de riesgo de la salud. Se trata de un concepto anclado al análisis de las inequidades, entendiendo por éstas a aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas (Corburn & Cohen, 2012: 1-6). Así, el marco teórico de los determinantes sociales y económicos parte de la premisa de que las inequidades en variables como ingreso, empleo, alimentación saludable, acceso a educación y servicios de salud, propician efectos negativos en la salud.

Este fenómeno se constata una y otra vez en diversos países del mundo. México no es la excepción; las encuestas nacionales muestran que el aumento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad registrado en las últimas décadas se ha dado paralelamente al incremento en la proporción de la población en situación de pobreza, de tal suerte que hay una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la obesidad (Gutiérrez *et al.*, 2012; Hernández Ávila *et al.*, 2016). En general es posible decir que las personas con un bajo nivel socioeconómico viven en ambientes donde los factores de riesgo de la obesidad están presentes en mayor medida, al tiempo que se encuentran menos equipadas para contrarrestar las influencias obesogénicas (Unikel, Vázquez & Kaufer Horwitz, 2012).

A la luz de lo anterior, la comprensión del papel de los determinantes psicosociales de la salud/enfermedad permite hacer intervenciones tempranas antes de que la obesidad se arraigue (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012). Si bien los determinantes psicosociales relacionados con la obesidad son diversos, en el presente documento se hará énfasis en dos de ellos: el nivel socioeconómico y el estrés que éste propicia en los grupos menos favorecidos, con énfasis en los adolescentes.

La relevancia de centrarse en los adolescentes se debe a que, si bien en cualquier grupo de edad la obesidad propicia efectos desafortunados, en el caso particular de los niños y adolescentes, lo son aún más. Estos grupos de edad constituyen fuentes de energía valiosísimas para el desarrollo de cualquier país. El potencial del que disponen deberá aprovecharse en su totalidad y para ello es indispensable que gocen de buena salud. Es bien sabido que los efectos adversos de la obesidad en la etapa más productiva de la vida se traducen en menor productividad social, de modo tal que no sólo tiene efectos adversos en la salud, sino en el desarrollo económico y social de cualquier país.

Diversos autores proponen que frente a una sociedad en la que priva la inequidad, las personas con fragilidad socioeconómica enfrentan un permanente estado de estrés, lo que conlleva al deterioro de la salud (Álvarez, 2009). En este sentido, el bajo costo de los alimentos altos en densidad energética favorece su consumo entre los grupos de población de escasos recursos. Por el contrario, los precios de las frutas, verduras y de otros alimentos o productos con mayor densidad de nutrimentos y menor densidad de energía, los vuelve prohibitivos y desalienta su consumo. No debe sorprender entonces que coexista obesidad en hogares con inseguridad alimentaria y pobreza, y bajo un ambiente permanente de estrés (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012).

Hasta la fecha no se ha establecido una posición categórica sobre si la psicopatología es causa o consecuencia de la obesidad; no es claro si las dificultades psicológicas preceden al sobrepeso, si el sobrepeso precede a las dificultades psicológicas o si las relaciones son recíprocas. Sin embargo, más allá de establecer una postura categórica sobre si la psicopatología es causa o consecuencia de la obesidad, lo que sí es claro es que la persona cae en un círculo vicioso difícil de romper. Frecuentemente se observa un escenario en el que la obesidad se relaciona con la respuesta del individuo a determinadas experiencias emocionales, negativas o positivas, y que a su vez la propia psicopatología conlleva a la pérdida de la estructura de la alimentación y al sedentarismo, con la subsecuente ganancia de peso.

Si bien desde el contexto psicodinámico no se ha determinado una personalidad propia de la persona con obesidad, en general, es posible decir que se identifican ciertas características frecuen-

tes como poca estructura en sus hábitos de alimentación, lo que propicia confusión en sus sensaciones de saciedad y hambre, también puede presentar atracones o bien problemas emocionales que los relaciona con la comida, por ejemplo, reducir su ansiedad por medio del consumo de comida (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012).

En el caso particular de los adolescentes, se ha observado que la prevalencia de problemas sociales predice problemas psicológicos a mediano y largo plazos, por ejemplo, una autoestima baja en adolescentes con obesidad resulta en un nivel significativamente elevado de soledad, tristeza y nerviosismo. También está documentado que en las adolescentes de nivel socioeconómico alto es más frecuente el deseo de ser delgadas, por lo que se someten con mayor frecuencia a dietas para lograrlo en comparación con sus pares de nivel socioeconómico bajo, lo cual se explica dado que tienen acceso a información sobre salud y a mayor variedad de alimentos. Por otra parte, se ha observado que el sedentarismo se relaciona con el nivel socioeconómico debido a que influye en el tipo de actividad física que está al alcance de los jóvenes (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012).

Los adolescentes con sobrepeso u obesidad también perciben que son tratados de manera diferente que sus compañeros con peso normal o bajo, y que por lo tanto se encuentran más aislados en comparación con el resto del grupo sin sobrepeso. En una muestra nacional representativa de adolescentes mexicanos (n=25 056), se encontró que aquellos con sobrepeso u obesidad tienen más posibilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo, en comparación con los adolescentes de peso corporal sano (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012).

La literatura científica concluye que la inversión económica para proteger la salud de los niños y adolescentes es potencialmente más redituable que la que se obtiene de cualquier otro grupo con diferente edad, lo anterior se debe a que esta medida garantiza adultos con mejor educación y capacidad de producción.

Los diversos modelos que se han desarrollado durante las últimas décadas con una perspectiva centrada en el bienestar del adolescente dan cuenta de lo anterior. Estos interesantes enfoques, a diferencia de los de antaño, ponen énfasis en las competencias de los jóvenes más que en los déficits; es decir, no consideran a los

adolescentes como un problema a solucionar, sino como un recurso con enormes potencialidades a desarrollar. Su objetivo principal no es la prevención de problemas, sino que buscan impulsar la adquisición de competencias para el cuidado de la salud. Incluyen, por lo tanto, estrategias que se centran en el bienestar psicológico del adolescente, la participación cívica, la autoestima, la capacidad de planificación y toma de decisiones, la promoción de la responsabilidad, el florecimiento y el desarrollo positivo del adolescente. Parten de la premisa de que todo adolescente tiene el potencial para un desarrollo exitoso y saludable (Oliva A. *et al.*, 2008). Así es que no sólo se ocupan de la prevención de los problemas propios de este periodo –consumo de drogas, trastornos de la conducta alimentaria, violencia, etc.–, sino también ponen énfasis en el desarrollo de las competencias de los jóvenes (Sargsyan *et al.*, 2016). Estos enfoques prometen mejores resultados en el entendido de que colocan a los jóvenes en un escenario de oportunidades, en lugar de un riesgo para la sociedad.

Sin lugar a duda, las políticas públicas deben ocuparse de cualquier ciclo vital; sin embargo, la mayor inversión deberá ser para la prevención, la cual es posible en la infancia y en la adolescencia.

La obesidad en cualquier grupo de edad es compleja, aunque en el grupo de los adolescentes puede resultar aún más por los diversos cambios biopsicosociales a los que se enfrentan (Unikel & Saucedo-Molina, 2015). Por ello, deben hacerse esfuerzos para que en la planeación de las políticas públicas, independientemente de los determinantes biológicos, también se consideren los determinantes psicológicos, sociales y económicos, tales como rasgos de personalidad, ansiedad, depresión, abuso sexual, estigmatización, autoestima, escolaridad y nivel socioeconómicos, por mencionar sólo algunos (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012; Schule *et al.*, 2016). La inclusión de estas particularidades augura un mejor acercamiento a los adolescentes y, por lo tanto, mejores resultados (Unikel, Vázquez & Kaufer-Horwitz, 2012; Schule, Fromme & Bolte, 2016).

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, L., (2009). “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”. *Rev Gerenc Polit Salud*, 8(17), 69-79.
- ARROYO, P., (2010) “La disponibilidad de alimentos en el microambiente familiar en México”. En García-García, E., Kaufer Horwitz, E., Pardío, J., Arroyo, P. (eds.), *La Obesidad: Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México: Funsalud/Fondo Nestlé para la Nutrición/ Editorial Médica Panamericana.
- CORBURN, J., Cohen, AK., (2012) “Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy, and community”. *PLoS Med*, 9(8), 1-6.
- FLACKE, J., Schule, SA., Kockler, H., Bolte, G. (2016) Mapping “Environmental Inequalities Relevant for Health for Informing Urban Planning Interventions-A Case Study in the City of Dortmund, Germany”. *Int J Environ Res Public Health*, 13(7), 711.
- GUTIÉRREZ, JP., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu L., *et al.*, (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ensanut 2012). Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, LM., Gaona-Pineda, EB., *et al.*, (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Ensanut MC 2016). Informe final de resultados*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- OLIVA, A., Hernando, A., Parra, A., Pertegal, M., Bermúdez, M., Antolín, L., (2008). *La promoción del desarrollo del adolescente: recursos y estrategias de intervención*. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Organización Mundial de la Salud/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

- SARGSYAN, S., Movsesyan, Y., Melkumova, M., Babloyan, A., (2016). "Child and adolescent health in Armenia: Experiences and learned lessons". *J Pediatr*, 177, S21-S34.
- SCHULE, SA., Fromme, H., Bolte, G., (2016), "Built and socioeconomic neighbourhood environments and overweight in preschool aged children. A multilevel study to disentangle individual and contextual relationships". *Environ Res*, 150, 328-36.
- SCHULE, SA., von Kries, R., Fromme, H., Bolte, G., (.2016), "Neighbourhood socioeconomic context, individual socioeconomic position, and overweight in young children: a multilevel study in a large German city". *BMC Obes*, 3, 25.
- UNIKEL SANTONCINI, C., Saucedo-Molina, T., (2015), "Alimentación y nutrición del adolescente". En Kaufer Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A., Arroyo, P. (Eds.), *Nutriología Médica México: Fundación Mexicana para la Salud/ Editorial Médica Panamericana*.
- UNIKEL SANTONCINI, C., Vázquez Velázquez, V., Kaufer Horwitz, M. (2012), "Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad". En Rivera Dommarco, J., Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C., Vadillo Ortega, F., Murayama Rendón, C. (Eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

MEJORAR LA CONDICIÓN FÍSICA INTRAESCOLAR EN LOS ADOLESCENTES PARA PREVENIR LA OBESIDAD Y DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN QUEHACER BIOÉTICO

Selene Tenorio Ramos

La obesidad y la diabetes *mellitus* tipo 2 son problemas que afectan cada vez a más adolescentes de todo el mundo. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Hernández-Ávila *et al.*, Ensanut MC, 2016), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 (34.9%) (Gutiérrez *et al.*; Ensanut, 2012). Por su parte, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas pasó de 37.6% en 2012, a 36.7% para 2016, mientras que en áreas rurales aumentó 8.2% en el mismo periodo de tiempo. En el caso de la prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino, en 2016 fue 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7%) (Hernández-Ávila *et al.*, Ensanut, 2016).

El abordaje de este escenario epidemiológico implica el estudio de diversas aristas en donde, sin lugar a duda, el enfoque bioético debe estar presente en cada una de ellas (Chadwick, 2017: 154).

La bioética conlleva necesariamente a la reflexión de los dilemas éticos que surgen alrededor de la salud y enfermedad; introduce el contexto de los valores al ámbito de la salud (Elliot, 2016: 4-17). Es posible decir que la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud,

en tanto que dicha conducta se examina a la luz de los principios y valores morales.

La inserción de los valores morales en el ámbito de la salud no es un elemento reciente. La ética de los valores tiene una larga tradición en la praxis del profesional de la salud. Pensemos en Hipócrates (siglos V-IV a. C.), en donde los conceptos de curar y cuidar constituyen los elementos centrales de su teoría; si el médico y la enfermera curan y cuidan, son profesionistas virtuosos. De acuerdo con el pensamiento hipocrático, los valores encaminan al ser humano hacia el buen quehacer; permiten superar el egoísmo para proceder al servicio altruista para los demás.

Desde los inicios de la concepción de la humanidad, la vida y la salud han sido los valores más fundamentales, apreciados y buscados por los grupos sociales, ambos conceptos están estrechamente relacionados; sin salud ningún otro bien o valor vale la pena. Por ello, a lo largo de la historia, el hombre ha logrado hacer consciencia de que cuidar de la vida y la salud es un deber personal y social de la más alta responsabilidad.

Este concepto de responsabilidad, si bien es un discurso que aparentemente se acepta de manera innata en cualquier escenario, ha sido motivo de un sinnúmero de cuestionamientos (Elliot *et al.*, 2016: 449-456). Básicamente el alegato se ha centrado en responder, en el caso concreto de los niños y adolescentes, en quién debe recaer dicha responsabilidad. Al respecto, la mayoría de los autores coinciden entre sí en que estos grupos se encuentran en etapas de formación, construcción y desarrollo, de manera tal que aún no cuentan con los elementos necesarios para decidir de la mejor manera. Es por ello que la mayor parte de la responsabilidad deberá recaer en aquellos ambientes en donde pasan la mayor parte del tiempo, a decir, la familia y escuela (Willi *et al.*, 2012: 230-239).

En este sentido, diversos modelos bioéticos sobre la prevención de la obesidad y diabetes *mellitus* tipo 2 en los adolescentes postulan que la escuela es decisiva. Así, el tiempo que destinan los jóvenes al ambiente escolar, debe aprovecharse para la construcción de hábitos saludables que se repetirán a lo largo de toda la vida. Estos modelos sostienen de hecho que la escuela debe integrar en su filosofía de enseñanza el derecho de los adolescentes a desarrollarse en un ambiente sano, lo cual significa forzosamen-

te la presencia de cuatro condiciones: 1) venta de alimentos bajos en densidad energética; 2) disponibilidad de bebederos; 3) ambiente libre de bebidas azucaradas y dispensadores de alimentos; y 4) inclusión de un programa de actividad física que se realice todos los días (Singhal & Misra, 2010).

Ejemplo de lo anterior es la estrategia que han emprendido diversas escuelas estadounidenses sobre la mejora de la condición física de los adolescentes durante la jornada escolar. Se trata de una intervención relativamente sencilla de llevar a cabo, y que ha mostrado resultados significativamente positivos en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

La condición física comprende las aptitudes que posee una persona para realizar actividades físicas, entre ellas, la capacidad aeróbica (cardiorespiratoria), la composición corporal, la fuerza muscular abdominal y la flexibilidad de extremidades. Por su parte, se considera actividad física a cualquier movimiento del cuerpo que aumenta el gasto de energía sobre el nivel de reposo. En tanto que el ejercicio es una subcategoría de la actividad física y se define como una actividad física planeada, estructurada, propositiva y repetitiva que propicia el mejoramiento y mantenimiento de la condición física (Treuth, Butte, Adolph, Puyau, 2004: 198-204).

Una manera de estimar la capacidad aeróbica de una persona es mediante la cantidad de oxígeno que consume cuando alcanza su máximo esfuerzo físico en alguna actividad física. A este valor se le conoce como consumo máximo de oxígeno que se abrevia universalmente como VO_2 máx, y se expresa en ml./kg./min. (mililitros por kilogramo de peso corporal por minuto). El significado fisiológico de VO_2 máx implica la capacidad de un individuo para liberar, utilizar y transportar el oxígeno cuando realiza una actividad física. Una vez alcanzado el VO_2 máx, se acumulan cantidades importantes de ácido láctico en la sangre, lo que lleva al sujeto a un estado de cansancio impidiéndole así continuar con su actividad. De ahí que en la medida en que una persona aumente su VO_2 máx, podrá sostener por más tiempo su actividad física, y así asegurar la utilización de los ácidos grasos como principal fuente de energía.

Diversas publicaciones demuestran una asociación inversa entre el VO_2 máx y el riesgo de desarrollar obesidad y diabetes

mellitus tipo 2. (Treuth, Butte, Adolph & Puyau, 2004). Al respecto, se pueden citar las investigaciones de Treuth y cols. quienes estudian 91 niñas de 11 años de edad, durante tres años (Treuth *et al.*, 1998: 440-447). Al inicio del estudio todas presentaban un peso corporal sano. Al cabo de los tres años, las adolescentes fueron clasificadas de acuerdo con su peso corporal en sanas y con obesidad. Los resultados mostraron que las niñas con peso corporal sano tenían mejor condición física que su contraparte con obesidad. Las primeras jugaban algún juego de pelota cuando menos dos veces a la semana, en tanto que las segundas no realizaban ningún tipo de actividad física.

¿Cómo se puede aumentar el VO_2 máx de un adolescente? Si bien está plenamente documentado que el ejercicio aeróbico mejora considerablemente la condición física de cualquier persona, se ha observado en los adolescentes que rutinas diarias de ejercicio de corta duración también lo mejoran. Ratel y cols. hacen una extensa revisión sobre los estudios que han demostrado que el VO_2 máx en adolescentes mejora después de realizar carreras cortas a máxima velocidad (Ratel *et al.*, 2004: 272-280). Los datos más relevantes que citan en esta publicación son los de Docherty (Docherty & Sporer, 2000: 385-394), quien estudia el VO_2 máx en adolescentes de 13 años de edad antes y después de someterlos a un entrenamiento de cuatro semanas, durante la jornada escolar. El entrenamiento consiste en realizar, tres veces a la semana, dos carreras (cada una de 20 segundos de duración) a máxima velocidad. Al término de las cuatro semanas, el VO_2 máx de los adolescentes aumenta 18.4%.

Diversos autores coinciden en que entrenamientos de este tipo deben promoverse al interior de las escuelas, ya que consumen poco tiempo y ofrecen beneficios significativos en la condición aeróbica de los estudiantes.

Con el propósito de hacer frente al problema del sobrepeso, el CDC (Center for Diseases Control) conjuntamente con el ACSM (American College of Sport Medicine), recomiendan acumular cuando menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada en todos o en la mayoría de los días de la semana (150 min/sem). Sin embargo, varias publicaciones han observado que 30 minutos no son suficientes para la prevención y control de la obesidad. Concordante con estas observaciones, el IMNAM (Ins-

titute of Medicine de la National Academy of Medicine de los EE.UU.) recomienda duplicar el tiempo de ejercicio a 60 minutos todos los días de la semana.

La proporción de personas activas es muy baja a escala mundial. De acuerdo con la Ensanut MC 2016, 70% de la población mexicana no cumple con la recomendación de realizar cuando menos 150 min/sem de actividad física moderada o intensa. (Hernández-Ávila, Ensanut, 2016). En relación con los adolescentes, 12% de 10 a 15 años de edad, realizan 60 minutos de actividades físicas moderadas e intensas diariamente. Esta proporción de adolescentes activos disminuye aún más cuando alcanzan los 16 años de edad.

La obesidad y diabetes *mellitus* tipo 2 son causantes de una elevada morbilidad, y lo más paradójico es que se tratan de enfermedades que se pueden evitar. No cabe duda, los adolescentes se ubican en una de las etapas del curso de la vida con mayor capacidad de expresión, acción, energía y movimiento; estas variables impulsan a los adolescentes a emprender un sinnúmero de proyectos, que bien encausados, pueden representar para muchos de ellos sus proyectos de vida. Así, en este escenario de producción masiva, la prevención de enfermedades debe ser un quehacer bioético. Por ello, vale la pena reflexionar sobre el papel determinante que ocupan las instituciones educativas en la prevención del sobrepeso y la diabetes *mellitus* tipo 2 en los adolescentes (Willi *et al.*, 2012).

Es bien sabido que los estudiantes pasan más tiempo en los espacios educativos que en su propia casa. Su permanencia en ellos tiene como objetivo el aprendizaje de conocimientos, la identificación de competencias intelectuales y emocionales, así como el desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones y el autocuidado; en este último se incluye el consumo de una dieta sana y el hábito del ejercicio.

Frente a la actual epidemia de enfermedades crónicas degenerativas, cualquier escuela o instancia educativa que se precie de excelencia académica, debe incluir el firme propósito de frenar el desarrollo de estos problemas (Willi *et al.*, 2012). Desde el quehacer bioético educar no sólo implica la transmisión de conocimientos, exige también adquirir la responsabilidad de velar por pesos corporales sanos.

Referencias bibliográficas:

- CHADWICK, R. (2017). "Bioethics in a Post-Truth Era". *Bioethics*, 31(3), 154.
- DOCHERTY, D, Sporer, B., (2000). "A proposed model for examining the interference phenomenon between concurrent aerobic and strength training". *Sports Med*, 30(6), 385-394.
- ELLIOT, D., (2016). "Defining the Relationship Between Health and Well-being in Bioethics". *New Bioeth*, 22(1), 4-17.
- ELLIOT, DL, Goldberg, L., MacKinnon, DP., Ranby, KW., Kuehl, KS., Moe, EL., (2016). "Empiric validation of a process for behavior change". *Transl Behav Med*, 6(3), 449-456.
- GUTIÉRREZ, JP., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., *et al.* (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012). Resultados Nacionales*. Cuernavaca. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- HERNÁNDEZ-ÁVILA, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, LM., Gaona-Pineda, EB., *et al.* (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Ensanut MC 2016). Informe final de resultados*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- RATEL, S., Lazaar, N., Dore, E., Baquet, G., Williams, CA., Berthoin, S., *et al.* (2004) "High-intensity intermittent activities at school: controversies and facts". *J Sports Med Phys Fitness.*, 44(3), 272-280.
- SINGHAL, N., Misra, A., (2010). "A school-based intervention for diabetes risk reduction". *N Engl J Med*, 363(18), 1769-1770; author reply 70.
- TREUTH, MS., Butte, NF., Adolph, AL., Puyau, MR., (2004). "A longitudinal study of fitness and activity in girls predisposed to obesity". *Med Sci Sports Exerc*, 36(2), 198-204.
- TREUTH, MS., Figueroa-Colon, R., Hunter, GR., Weinsier, RL., Butte, NF., Goran, MI., (1998). "Energy expenditure and physical fitness in overweight vs non-overweight prepubertal girls". *Int J Obes Relat Metab Disord*, 22(5), 440-447.

WILLI, SM., Hirst, K., Jago, R., Buse, J., Kaufman, F., El Ghor-
mli, L., *et al.*, (2012). “Cardiovascular risk factors in mul-
ti-ethnic middle school students: the HEALTHY primary pre-
vention trial”. *Pediatr Obes*, 7(3), 230-239.

PARTE IV
BIOÉTICA Y ENFERMERÍA

VALORES QUE GUÍAN EL EJERCICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

*Severino Rubio Domínguez
Guadalupe E. Leyva Ruiz*

Si el cuidado a la salud es una empresa humana, cuyo valor esencial es de índole moral, orientado hacia el bien, entonces las prácticas de cuidados de salud deberán ser estudiadas y orientadas no sólo por las ciencias naturales, sino por las ciencias humanas aplicadas (Collière, 1982).

La educación profesional de enfermería desarrolla valores que tienen que ver con el respeto al medio ambiente, a la dignidad humana, a la muerte, la vida, las creencias, las ideas y los derechos humanos; cualidades que se integran al código personal como resultado de la intencionalidad académica planeada. Asimismo la ideología influye, ya que se consolida después del número de horas de práctica que se realizan en situación real con las instituciones y las profesionistas de enfermería de los servicios. Todo lo anterior son atributos que se fortalecen con la diversidad de actividades de formación complementaria y extracurricular. Recordemos que la docencia es una actividad organizada, sistemática e intencional, en la que intervienen profesores, servicios al estudiante, materiales y medios didácticos, experiencias supervisadas y el compromiso del propio alumno en relación con su perfil de egreso.

En la época actual, sin embargo, nos encontramos en transición hacia el ideal de interés público de lograr que toda persona que ejerce la profesión de enfermería lo haga a partir de una educación sólida, reconocida institucionalmente y garantizada por el Estado, con el título y licencia profesional. Lamentablemente el certifica-

do de estudios ya no es suficiente para autorizar el ingreso a la vida laboral, en parte debido a que la transición se ha prolongado si consideramos que las escuelas de tradición y jerarquía han emigrado a la educación de nivel superior, subsistema que es insuficiente para producir el número y nivel de especialización necesarios en la práctica de enfermería que nuestra sociedad moderna necesita. En contraste tenemos un subsistema de educación media que crece desordenadamente y que capacita enfermeras para asumir funciones de enorme complejidad en lo técnico y tecnológico, y en relación interhumana con los pacientes y su familia. En este ámbito, la calidad tiene una dimensión técnica y otra humana, la cual no se suple del todo con disposición humanitaria, como se ha comprobado en nuestra propia historia de cien años como profesión.

Nuevamente, nuestra preocupación por asegurar la calidad en la atención de enfermería nos remite a la circunstancia de velar por la idoneidad de las personas que ejercen esta delicada tarea, si consideramos que más de la mitad de las plazas de trabajo profesionales en el sistema de salud recaen en la fuerza de trabajo de enfermería. Nuestra preocupación es genuina y sobre bases muy reales, y es nuestra obligación compartir con los lectores de la *Gaceta CONBIOÉTICA* esta enorme preocupación.

No dejamos de reconocer que la certificación de las profesionales y los profesionales de enfermería, así como la acreditación de los programas académicos, contribuyen con este propósito de exigencias para la calidad. El primero está por establecerse y esperamos que se consolide pronto; el segundo tiene trayectoria, es muy confiable, pero sólo ha logrado cobertura en el subsector de las instituciones educativas de enfermería de gran prestigio, que por fortuna también tenemos en nuestro país. Escuelas y facultades de donde egresan profesionistas de gran nivel, pero que con frecuencia se incorporan a la práctica profesional a desempeñar el mismo puesto al que ingresan enfermeras provenientes del subsector en cuestionamiento. Mucho falta por hacer para lograr la estructura piramidal, en un contexto además de déficit de enfermeras profesionales.

Sabemos que los errores, equivocaciones y las iatrogenias que suceden en enfermería dependen de la capacidad técnica, pero mucho más de la identidad con la visión amplia de la función profesio-

nal que necesitan las personas y la sociedad a la que servimos; de la concentración en nuestro quehacer cotidiano; de la sobrecarga de tareas, pero también de la identidad con los valores que hemos heredado de quienes han hecho un gran esfuerzo para construir nuestra disciplina científica y humanista que tenemos en el siglo XXI. Estos son valores que se constituyen en la guía del ser profesional, de aplicación obligatoria responsable y a partir de los cuales construimos nuestra personalidad como resultado de un esfuerzo ético al que nos comprometimos en la ceremonia de graduación.

Como puede apreciarse, la enfermería es una actividad formal de gran valor para la sociedad moderna, requiere de un sistema educativo de alto nivel, para ofrecer profesionistas del más alto nivel que se integren a su gremio de acuerdo con la evolución alcanzada y deseable que la sociedad necesita. Sin embargo, las posibilidades de un servicio con estándares de excelencia que se encuentra en la mente de nuestros líderes profesionales e intelectuales, contrasta con la percepción antigua de quienes integran personas habilitadas a desempeñar un rol limitado y que puede ser de alto riesgo para la vida y la salud de las personas que se confían a nuestro cuidado. Lamentablemente vemos que puede ser creciente la capacitación de enfermeras con insuficiente formación, si consideramos que actualmente hay más de 350 escuelas de enfermería que no tienen reconocimiento de calidad aceptable y que nos anticipan un fenómeno de “escasez de enfermería” en un gran número de enfermeras egresadas de este sector del sistema educativo nacional.

No hay duda, en la época contemporánea la enfermería se ha desarrollado como una profesión a la altura de las exigencias de su tiempo, se ha transformado como una práctica sumamente especializada y que tiene claramente definido su rol social y responsabilidad específica frente a las personas que sirve, en las instituciones donde desempeña su función y con las diferentes profesiones y disciplinas de las ciencias de la salud con quienes comparte su máxima principal: lograr que las personas alcancen un estado óptimo de salud y capacidad de vida, enfrentar la enfermedad y el sufrimiento, y promover las mejores condiciones de la existencia humana.

En su evolución milenaria, el cuidado de los enfermos pasó de ser una práctica, que se realizaba por un sentir humanitario, a una actividad cotidiana humanitaria, hasta que en los últimos 100 años, por influencia del movimiento de Nightingale, se consolidó como una profesión basada en principios humanistas que se pue-

den identificar en la obra de sus pensadoras más clásicas como Henderson, Benner, Watson, Orem, Rogers y Peplau, entre otras, que han dado a la enfermería el marco filosófico para guiar el servicio que necesita la sociedad mundial (Marriner, 2006).

En nuestro país ciertamente encontramos un gran avance en los niveles y contenidos de la formación profesional, en el sector de las 60 instituciones de nivel superior, donde se educan las enfermeras que egresan con licenciatura, especialidad, maestría y doctorado, pero también un gran rezago en el sector de educación técnica, ahora, en su mayoría, con formación bivalente del bachillerato, se caracteriza por impartir una educación escasa y deficiente de enfermería, en tanto que se encuentra centrada en las técnicas y para un rol de colaboradora en servicios hospitalarios.

Así, en México tenemos enfermeras de alto nivel y a la vez de muy bajo perfil, lo que obliga a un esfuerzo de planificación y replanteamiento de las formas de educación y contratación como de los profesiogramas, para precisar las responsabilidades que puede asumir una enfermera, de acuerdo con el tipo de formación, técnica o profesional, que recibió en la escuela. Pero si consideramos que los valores más esenciales de la enfermería profesional se adquieren en el eje de formación metodológica y disciplinaria que sólo conservan y desarrollan ahora las instituciones de nivel superior, conviene reflexionar sobre la necesidad de una campaña preventiva de carácter anticipatorio a la deshumanización de un gran número de enfermeras que provienen de una educación insuficiente y ausente en epistemología de enfermería, filosofía de enfermería, historia de enfermería, ética y legislación en enfermería; contenidos imprescindibles para asegurar la mística de profundo interés por lo humano y las condiciones de la vida humana, así como para entender la verdadera complejidad del cuidado.

La bioética como ciencia moderna filosófica, creciente en importancia, porque humaniza la conciencia científica de los profesionales y especialistas clínicos e investigadores que atienden la salud, “tiene sus raíces en una escala de valores”, que se han mantenido y desarrollado a lo largo de los siglos, escala que es válida para todas las civilizaciones, credos y religiones, pero que se ha adecuado al desarrollo de la cambiante estructura social en las diversas civilizaciones y en distintas épocas.

La enfermería como profesión humanística también se realiza en apego estricto a su escala de valores, la que se ha fortalecido desde la ética universal, desde su propia historia, pero más recientemente por la contribución específica de sus teorías y método universal de la enfermería profesional, que han puesto de relieve la necesidad de virtudes humanas para ejercer nuestra profesión, tales como: *honestidad, veracidad, responsabilidad, justicia, autoestima, afecto, amabilidad, disciplina, colaboración, compromiso, creatividad, dinamismo, discreción, disposición, ecuanimidad, iniciativa, lealtad, observación, paciencia, percepción, pulcritud, reflexión, servicio y solidaridad*; las que se constituyen en atributos de egreso de una formación profesional sólida, más que en requisitos de ingreso a la vida del trabajo. Por consiguiente, lo anterior se constituye en metas de alumnos y profesores y en referentes de colaboración de las enfermeras profesionales que tienen relación tutorial con jóvenes estudiantes en su práctica cotidiana.

La crisis de valores en la sociedad y la superficialidad sobre lo humano, que caracteriza el ambiente de los tiempos modernos, llega a invadir el terreno de las profesiones establecidas a proteger y a procurar la salud, pero también en la medida que se afecta en la vida real el cumplimiento del código de valores, la sociedad les exige mayor apego a actitudes éticas y humanitarias.

En ejercicio de autoanálisis conviene reflexionar sobre cuáles son los valores específicos que se encuentran vulnerados por las circunstancias de la práctica profesional; valores que se pueden redescubrir y vivir de un modo especial por las enfermeras como resultado de profundas reflexiones éticas y filosóficas sobre lo que entendemos y aceptamos para nuestra profesión, y lo que nuestra sociedad espera de nosotros como profesionistas expertos en compasión, en procurar y velar al humano (González, 1996).

Cada uno de nosotros puede contestar a este tipo de preguntas desde distintas perspectivas. Así, algunos lo harían basándose en una reacción emotiva, resultado de experiencias positivas vividas en el ejercicio profesional, de tal forma que no necesita más explicaciones. La vida misma se lo demuestra. Sin embargo, puede llegar un momento en la vida en que nos preguntemos o requiramos una aclaración racional, a consideraciones que nos permitan

juzgar la validez o la fundamentación de lo que queremos ser y llegar a ser, como personas humanas. La enfermería es así una oportunidad de práctica para acercarse a lo humano, y para llegar al ser humano, concepto semejante al que desarrolla Fernando Savater en su obra *El valor de educar* (Savater, 1997).

Los principios que influyen en la conciencia de la enfermera profesional, entendidos como verdades universales y razones fundamentales que derivan de la noción misma del bien, son una suerte de intuición o hábito que contiene los preceptos de la ley natural, de que “el bien ha de hacerse y el mal de evitarse”, principio imperativo que recibe el nombre de *sindéresis*. El principio ‘antropico’ nos señala que es legítimo todo lo que contribuye al bien auténtico de la persona a nuestro cuidado. Por su parte, el principio de ‘virtud’ nos indica que realizar el bien posible es obligatorio no optativo (Rodríguez, 2005).

En cuanto al principio ‘imperativo categórico’ que nos indica actuar como cualquier otro pudiera hacerlo, válidamente en mi lugar y en mi circunstancia, comprende la utilización del sentido común, del razonamiento lógico y de la experiencia. Debiera ser un principio que guíe el actuar cotidiano; lamentablemente no es así.

Al hablar de valores tenemos presente la belleza, la justicia, la bondad, la utilidad, etcétera; y sus polos negativos, la fealdad, la injusticia, la maldad, la inutilidad, etcétera. Nos referiremos primero al valor que atribuimos a las cosas y posteriormente al valor de la conducta humana, en especial a la conducta moral. Los valores son cualidades dotadas de contenido que se depositan en bienes; por tanto, los valores *no son, sino que valen*. Son bipolares, siempre tienen un contrario positivo y negativo.

El valor y el deber de realizarlo están enlazados; nuestra preferencia de un valor sobre otro se debe a que los valores son captados por nuestra intuición emocional ya jerarquizados. La voluntad de realizar un valor moral superior en lugar de uno inferior, constituye el *bien moral*; cuando estamos en este plano en que la persona hace suyos los valores, los practica y se esfuerza por desarrollarlos, nos encontramos con personas, enfermeras, ejemplo de virtudes morales. Por supuesto que las hay, son modelos de inspiración y con frecuencia son quienes gozan del reconocimiento y aprecio de sus colegas, pacientes y familiares. Tienen autoridad profesional y académica en las instituciones.

Hay dos virtudes dentro de todas las demás, que hay que reforzar en la cultura de nuestra profesión, nos referimos a la ‘prudencia’ y a la ‘fortaleza’; sin ellas no hay otra virtud posible. Elegir el bien conforma la prudencia; no abandonarlo a pesar de los obstáculos, de las pasiones y la soberbia, constituye respectivamente la fortaleza, la templanza y la justicia. Sobre esta base podemos desarrollar las llamadas ‘virtudes cardinales’ (Isaacs, 2003).

Se debe reconocer que la madurez humana es consecuencia del desarrollo armónico de las virtudes humanas; esta madurez se manifiesta sobre todo en cierta estabilidad de ánimo, en la capacidad de tomar decisiones ponderadas y en el modo recto de juzgar los acontecimientos de las personas. Con el propósito de animar a nuestros lectores a integrarse a la cruzada por la humanización de la enfermería de México, desde el fortalecimiento de nuestros valores más esenciales, sugiero ejercitar de manera razonada, en nuestro quehacer cotidiano en la vida laboral, profesional y personal, las siguientes virtudes:

Prudencia: facilita la reflexión adecuada, antes de enjuiciar cada situación y la consecuencia de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias favorables y desfavorables para uno mismo y para los demás, antes de tomar una decisión, y luego actúa o deja de actuar conforme a lo decidido.

Fortaleza: resiste las influencias nocivas, soporta incluso circunstancias que se viven como desagradables, lo que implica una entrega con valentía, influir positivamente y vencer las dificultades (Isaacs, 2003).

Justicia: asume la necesidad de un esfuerzo para dar a los demás lo que es debido, de acuerdo con nuestra función social y responsabilidad profesional, y en respeto a sus derechos. El acto justo comprende tres aspectos: alteridad, derecho estricto e igualdad.

Alteridad significa ponerse en el lugar del otro, como lo afirma Virginia Henderson; el derecho estricto es la entrega de algo debido, inexcusable;

Igualdad es dar lo que es adecuado a todos sin distinción, entre lo que se debe ofrecer y lo que se entrega (Isaacs, 2003).

Responsabilidad: es asumir las consecuencias de nuestros actos, intencionados o no, es resultado de las decisiones que se toman, dejan de tomar o aceptan (Isaacs, 2003).

Respeto, que se traduce en actuar o dejar actuar, procurando no perjudicar ni a sí mismo ni a los demás, de acuerdo con sus derechos, su condición y sus circunstancias (Isaacs, 2003).

Lealtad: implica aceptar los vínculos explícitos o implícitos en adhesión a otros –amigos, jefes, familia, pacientes, instituciones, gremio– de tal modo que refuerza con carácter y protege con devoción, el significado y la trascendencia de los vínculos, y a lo largo del tiempo los valores que ambos representan (Collière, 1982).

Laboriosidad: es la disposición consciente para cumplir diligentemente las tareas profesionales que nos corresponden, aunque no se encuentren precisadas en un contrato laboral porque se comprenden en nuestro contrato social con la humanidad. Nos implica cumplir con gusto actividades necesarias para lograr el cumplimiento de su trabajo y de los demás deberes inherentes al rol profesional.

Paciencia: es decir, soportar las circunstancias con serenidad.

Sociabilidad: atributo imprescindible para llegar a ser enfermera, en tanto se aprovecha y se crean cauces adecuados para relacionarse con distintas personas y grupos, al conseguir comunicarse bien, a partir del interés y preocupación que mostramos por lo que son, por lo que dicen, por lo que hacen, por lo que piensan y por lo que sienten.

Esta es una invitación a redescubrir la filosofía de nuestra profesión, a repensar y reconceptualizar la enfermería como arte y ciencia humanística, a profesores, alumnos y enfermeras profesionales en general, en tanto que nos corresponde preservar la mística y acrecentar el valor de nuestra profesión. El cuidado de enfermería ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo éste intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Collière cuando expresa:

El cuidado humano en enfermería no es por tanto una simple emoción, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado (Grupo de Cuidado, 1998).

La dinámica del cuidado de enfermería se orienta a la vida humana integral, respeta los derechos y sentimientos de la persona que se cuida (Kerouac, 2005). A menudo, el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud, por tanto, el papel de las enfermeras consiste en hacer posible la acción personal.

Tenemos el privilegio de vivir en un periodo único de la humanidad, cuando los avances científicos y tecnológicos en biología molecular, ingeniería genética, telecomunicaciones, y en nuevos materiales, por ejemplo, nos han permitido adquirir nuevos y fascinantes poderes sobre la vida, y al mismo tiempo entrar a un mundo fértil en nuevos conceptos de las ciencias para la vida y de vida moral para las ciencias, que exigen y promueven un cambio en los paradigmas de las profesiones, fenómeno que se encuentra presente e influye en el avance de la enfermería, como arte, ciencia y su inserción en la práctica multidisciplinaria al cuidado de la salud.

Referencias bibliográficas

- COLLIÈRE, MF., (1982). *Promover la vida*. Barcelona: Interamericana/McGraw Hill.
- GONZÁLEZ, J., (1996). *El Ethos, destino del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GRUPO de Cuidado. (1998). *Dimensiones del cuidado*. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- ISAACS, D., (2003). *La educación de las virtudes humanas y su evaluación*. Navarra: Universidad de Navarra.
- KEROUAC, S., (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- MARRINER, T., (2006). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier Mosby.

- RODRÍGUEZ, C., (2005). *Ética profesional y legislación*. México: Ed. SUA-ENEO.
- SAVATER, F., (1997). *El valor de educar*. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América.

DESAFÍOS DE ENFERMERÍA EN BIOÉTICA

Jenyfer Jessika Palencia Sierra

Desde los orígenes de la profesión

Florence Nightingale y grandes teóricos de enfermería establecieron un norte con el *metaparadigma*, el cual consolida a la enfermería como ciencia del cuidado y está implícito en el actuar diario en los ámbitos del ejercicio profesional, debido a que tiene en cuenta el holismo de la persona, su entorno, su salud y el cuidado. Signo de ello es que en el acto de proporcionar cuidados se evidencia la filosofía humanista. Sin embargo, en la aplicación de la filosofía, el desafío está en trascender la experiencia del ser que brinda cuidado y del que se dispone a recibirlo, puesto que se debe ver implícito el respeto por la naturaleza del ser humano en relación con su entorno, lo cual influye en la atención.

Somos agentes del cuidado en todos los ciclos vitales, en todas las circunstancias de vida en donde tenemos la oportunidad del bien hacer con el deber ser. Como profesionales de enfermería tenemos a diario que tomar decisiones en pro del cuidado de la persona. No obstante, el comercio de nuestra noble profesión la ha ido convirtiendo en constante de frecuencia e intensidades de uso; lo que conlleva a la desmotivación vocacional para la formación de futuros profesionales de enfermería, dado que en las generaciones actuales de jóvenes en emprendimiento universitario, no hay una relación de costo-efectividad equilibrada.

Lo anterior se destaca en cifras alarmantes, ya que en 2013 hubo una escasez de 9 millones de enfermeras y parteras en todo

el mundo (OMS, 2016). Además, una de cada cuatro enfermeras registradas del mundo está en la región de las Américas; sin embargo, alrededor del 57% de ellas (casi 3 millones), se encuentra en América del Norte. Así, mientras en el norte del continente hay 110,7 enfermeras por cada 10 000 habitantes, en el centro, sur y en el Caribe hay 13,8 en promedio (OPS/OMS, 2015).

Cada año, las malas condiciones de trabajo en el propio país y los mejores sueldos en el extranjero empujan a miles de profesionales sanitarios de los países en desarrollo a buscar trabajo en los países ricos, con lo que la escasez de personal se agrava (OMS, 2006).

En México, la distribución del personal enfermero por situación en el mercado de trabajo, basado en datos censales y de encuestas (2000), cifra dada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, refiere que los profesionales de enfermería empleados alcanzaban el 55%, subempleados 15%, desempleados 7%, en trabajo doméstico 16% y no disponibles para trabajar 6%, (OMS, 2009). Para afrontar esta crisis, se necesita de inmediato hacer más inversiones directas en la capacitación y el apoyo al personal sanitario. Habrá que invertir fondos iniciales para capacitar a más agentes de salud. A medida que estos se gradúen y se incorporen a la fuerza de trabajo, se necesitarán más fondos para pagar sus sueldos. Para capacitar y pagar el sueldo a los cuatro millones de profesionales que se necesitan en los 57 países con graves carencias de personal, los presupuestos sanitarios tendrán que aumentar en al menos US\$ 10 por habitante al año. Sin embargo, muchos países no pueden hacerlo por sí solos; necesitan ayuda de los donantes internacionales (OMS, 2006).

La OPS/OMS trabaja con los países de la región para promover la educación en enfermería y fortalecer sus capacidades para producir, evaluar y utilizar evidencia científica en enfermería. También, evalúa la situación de los recursos humanos en enfermería para promover políticas y planes, y facilitar la comunicación, la disseminación de información científica (OPS/OMS, 2015). La educación y actualización permanente son el mayor desafío de enfermería, ya que para tomar decisiones bioéticas se requiere del argumento validado en la evidencia del cuidado en todas las áreas de desempeño del rol de enfermería en el área sanitaria y no sanitaria.

Por datos de la OMS, 60% de la fuerza de trabajo en salud está compuesta por personal de enfermería y 80% de las necesidades de atención en salud están cubiertas por enfermeras. Es por ello que se necesitan enfermeras con posgrados en bioética; No obstante, el porcentaje de profesionales de enfermería egresadas y estudiantes de la maestría en bioética de la Universidad Panamericana, en tres generaciones es de 13.4%, porcentaje bajo para el impacto que tienen las acciones de cuidado en la promoción de la salud; en la prevención de enfermedades; en el desarrollo científico y tecnológico; en la gestión del riesgo; en la construcción de políticas públicas; entre otras relacionadas con el arte de cuidar el individuo, la familia y comunidad.

Otro gran desafío de enfermería en bioética es la aplicación de dos teorías que son de gran apoyo en la toma de decisiones bioéticas basadas en el “metaparadigma” del cuidado, estas son: Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería, según Patricia Benner. La cual define la enfermería como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad. A la persona, como un ser auto-interpretativo, que va definiéndose con las experiencias vitales y posee una comprensión fácil del rol de la situación, del rol del cuerpo, de los problemas personales y del rol de la temporalidad. Esta teoría refiere que la salud se centra en cómo se han vivido las experiencias de estar sano y enfermo. Además, reitera que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado social, que la interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella. También resalta que el pasado, el presente y el futuro de la persona, incluidos sus propios significados personales, influyen en la situación actual (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2010).

Por último, tenemos la teoría de Gladys Husted y James Husted “bioética sinfonológica”, –de *sinfonía*, palabra griega que significa “acuerdo”– es un “sistema de ética basado en los términos y condiciones de un acuerdo”. Se basa en el razonamiento lógico y hace hincapié en el tratamiento holístico e individualizado de cada paciente (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2010).

Esta teoría define la ética como el sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en

pro de objetivos vitales y de metas importantes. Refiere que la bioética trata de las cuestiones éticas que se suscitan en la relación entre el paciente y el profesional sanitario, e intenta determinar qué debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el campo de la asistencia sanitaria. El metaparadigma de enfermería lo define así: enfermería, es un agente que promueve y refuerza las cualidades y habilidades del paciente que sirven a la vida, la salud y al bienestar. Persona-paciente, con objetivos vitales que tienen que ver con la supervivencia y la mejora de la calidad de vida. La salud es evidente cuando el individuo experimenta, expresa y se compromete con las normas bioéticas fundamentales y el entorno-acuerdo, es un estado de conciencia compartido que sirve de base para la interacción de los contextos interrelacionados, tales como:

Contexto de la situación: que incluye todos los hechos relacionados con la situación que sirven para comprenderla y poner en marcha las acciones que ayudan a actuar con eficacia en dicha situación.

Contexto del conocimiento: es el conocimiento preexistente del agente de los hechos relevantes de la situación.

Contexto de la conciencia: representa una integración de la conciencia del agente de los hechos de la situación y su conocimiento preexistente sobre cómo tratar de la forma más eficaz con estos hechos.

Dentro de las normas bioéticas en enfermería, que se basan en esta teoría, el desafío es aplicar y respetar en el cuidado la autonomía, hacer el bien y evitar el mal, procurar la fidelidad, libertad, objetividad y la autoasertividad. Con esto se garantizan los derechos como acuerdo implícito; ya que nadie puede obligar a otra persona a actuar o a hacer algo de una determinada manera, nadie se apropiará por la fuerza del producto resultante de la acción del otro (Marriner Tomey & Raile Allgood, 2010).

En consecuencia, el profesional de enfermería debe argumentar muy bien el hecho de que el ser humano está conformado por la dimensión biológica, psicológica, social, cultural y espiritual; para brindar un cuidado integral y procurar siempre la dignidad humana, ya sea empleada como sustantivo, como adjetivo o como adverbio; debe conocer que el centro es la persona en todas sus dimensiones. Sin embargo, uno de los grandes dilemas bioé-

ticos es discernir con gran prudencia para no caer en falsas verdades acomodadas según la manipulación de cada entorno, o cada individuo o en su defecto por cada familia. No obstante, la autonomía por la libertad de elección prima en cada persona siempre y cuando esté en pleno uso de sus facultades. Las familias priorizan cada vez más el trabajo, el estudio, el obtener más cosas materiales y en ese afán olvidan valores fundamentales como el acompañar al abuelo, al enfermo, al vulnerable, como el brindar una palabra de aliento, como el decir “cuenta conmigo y a tu lado estaré”; es aquí la gran labor que realizamos como enfermeras y enfermeros porque también un desafío bioético es no limitar a la persona solamente a su parte biológica y caer en la instrumentalización del cuidado.

Referencias bibliográficas

- MARRINER Tomey, A., & Raile Alligood, M., (2010). *Modelos y teorías de enfermería*, Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&dq=Marriner-Tomey,&hl=es&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAGoVChMIz46t sO_txwIVB1OSCh1mqwRJ#v=onepage&q=Marriner-Tomey%2C&f=false
- OMS, (2006). “¿Hay suficiente personal sanitario en la mayoría de los países?”. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/37/es/> (Consultado el 4 de abril de 2006).
- OMS, (2009). *Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. (I. 9. 1, Editor, & bookorders@ who.int, Productor) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44187/1/9789243547701_spa.pdf. (Consultado el 14 de octubre de 2016).
- OMS, (19 de Mayo de 2016). *Programas: Personal sanitario*. Jefe de Gobierno de enfermería y obstetricia Oficiales discutir estrategias sobre el futuro de la enfermería y partería. Disponible en: http://www.who.int/hrh/news/2016/discuss_strategies/en/. (Consultado el 13 de octubre de 2016).
- OPS/OMS, (2015). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*. Dis-

ponible en: [http:// www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947%3Apahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947%3Apahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=). (Consultado el 10 de octubre de 2016).

INCLUSIÓN DE LA BIOÉTICA EN LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA

Rosa Ortiz Rivera

A principios de la década de los noventa, las teóricas de enfermería estuvieron de acuerdo en que la esencia de esa profesión, su objeto de estudio y práctica es el cuidado. A partir de entonces se han postulado conceptos para definirlo, y no ha sido fácil llegar a un consenso definitivo. No se ha suscitado tampoco una polémica acendrada, más bien cada autor(a) le da un toque personal al concepto. El Consejo Internacional de Enfermeras desde la década de los setentas fijó su posición en torno a la función de enfermería en la sociedad, y su profunda responsabilidad en el cuidado de la persona, para lo cual es imprescindible adquirir conocimientos, y esta posición se ha revisado y actualizado, reafirmando la importancia del conocimiento (CIE, Declaración de posición, 2013).

Más aún, en la Declaración de Granada, se afirmó que:

[...] el conocimiento enfermero es el legado que la Enfermería como ciencia dirigida al cuidado de las personas entrega para el bien de la humanidad. Es el resultado de siglos de experiencia acumulada por las enfermeras en su acción cuidadora en todos los lugares y ámbitos de la presencia humana, así como la síntesis de la riqueza de su pensamiento y de los procesos de investigación (Fundación INDEX, 2012).

La enseñanza de enfermería tiene la misión de impartir el conocimiento del cuidado, desde sus antecedentes históricos hasta sus

formas más actuales. El elemento constante que se destaca en la conceptualización de enfermería como profesión es el conocimiento, de ahí que su enseñanza exige ser completa, abarcar las ciencias de la salud, y las disciplinas que orienten su actividad. La bioética juega en ello un papel importante, de ahí la necesidad de ser incluida en los planes curriculares de las escuelas de enfermería, de cualquier nivel de estudios.

A través de la bioética, el futuro egresado profesional aprehenderá el ser persona que es cada paciente, en su dignidad inherente y sus derechos inalienables. La persona es el hombre capaz de actividad viviente, de creatividad y de aprehensión, virtudes y cualidades diversas que se manifiestan en su movimiento, sus actos. Es el ser capaz de arraigo, apego y de historicidad y espiritualidad (Torralba i Rosello, 2005: 94-95).

La y el enfermero profesional, para poner sus conocimientos al cuidado de las personas con el mejor nivel de calidad y eficacia, han diseñado también el método enfermero que requiere de la enseñanza superior para dominarlo. Este método también debe ser permeado por los principios de la bioética, y los valores axiológicos que su base filosófica aporta. Mediante su método, la enfermería ha construido la habilidad para aplicar los conocimientos disciplinares e interdisciplinares en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad, bajo principios éticos, normas y leyes que sustentan la aplicación legítima del cuidado enfermero.

Valores como la responsabilidad que la enfermería asume al participar en la escritura del expediente clínico del paciente, son destacados a través de la bioética clínica. En la enseñanza de enfermería se enfatiza el registro cuidadoso y honesto de las intervenciones de enfermería, así como la utilización de documentos e información privilegiada del paciente. El principio de permiso es fundamental en toda bioética laica. Las personas que acuden a los servicios de salud otorgan su permiso que legitima su intervención profesional (Gilbert Hottois, 2011: 63). En bioética se desarrolla el valor ético de los documentos clínicos y datos del paciente. El principio de confidencialidad, y de propiedad como atributo de la persona competente, no como valor comercial o económico. Calidad y seguridad en el cuidado de enfermería con el uso de tecnología. Es así como en la enseñanza se pondera los riesgos inherentes al modelo médico

alópata, que sustenten la ejecución correcta de las técnicas planificadas de enfermería.

Asimismo, al combatir la cultura de la culpa y el castigo, una perspectiva bioética de la seguridad del paciente respalda la solitud institucional del registro de eventos adversos para el aprendizaje de los mecanismos de las malas prácticas, y el combate de la negligencia. Aprender del error es una actitud con una gran base bioética y humanismo (Murillo *et al.*, 2015: 34).

En la asignatura de bioética, el estudiante analizará las principales declaraciones y códigos nacionales e internacionales vinculantes para las instituciones en México, y conceptos legales como la justicia distributiva de los servicios de salud. Se valorarán las normas oficiales mexicanas y *lex artis médica y en enfermería* para el ejercicio correcto y las buenas prácticas procedimentales, tan necesarias en un ámbito clínico altamente tecnologizado y de intervenciones riesgosas.

Un documento que se revisa puntualmente en bioética es la Ley General de Salud, y se enfatiza la legislación de los temas álgidos como trasplantes y utilización de órganos y tejidos, investigación en salud, y toda la diversidad de temas que aborda, en los que enfermería incursiona cada vez más en las instituciones (Ley General de Salud).

A partir de sus conocimientos en bioética, la enfermera(o) profesional expresa y desarrolla criterios y juicios para diferenciar dilemas de la investigación, de la aplicación de las ciencias médicas y la tecnología a la persona, para colaborar en comités, asesoría y consejería a pacientes, sus familiares y personal de salud. Al mismo tiempo, no sólo se asume como parte del diálogo social ante los dilemas como aborto o eutanasia, sino que también adquiere una conciencia de la necesidad de su participación con calidad ante las más frecuentes enfermedades en la población mexicana, y las intervenciones de enfermería pertinentes. Con la disciplina bioética el estudiante aprehende el derecho al disenso y a la objeción de conciencia, como opciones a elegir ante las exigencias institucionales y las preferencias sociales, cuando son antagónicas (Domínguez, 1999: 46). Se comprende la necesidad de mostrar una actitud de empatía y respeto a la pluralidad cultural, para fortalecer en la población la convivencia, tolerancia y diversidad.

Un documento que el estudiante de enfermería no puede dejar de conocer en su asignatura de bioética es la Declaración de Helsinki como normatividad en la investigación, y nuevos fármacos y tratamientos que se legitiman en las instituciones de salud, en las que cada vez es más amplia su actividad profesional (AMM, 2016).

En la escuela de enfermería el estudiante adquiere competencias para gestionar el conocimiento autónomo y el de la propia comunidad bajo el enfoque constructivista, para aplicar programas de Educación para la Salud, mediante el apoyo educativo sanitario a la sociedad. A través de métodos dialógicos, deliberativos y argumentación bioética para las mejores prácticas en enfermería, el egresado y futuro profesional será capaz de participar asertivamente en los comités de bioética hospitalaria, de ética clínica, o en los de investigación.

Son varios los argumentos que sustentan la inclusión de la bioética, desde sus bases generales, sus temas específicos, y su gran reto universalizable, de la aplicación de la ciencia y la tecnología en los servicios de salud, y específicamente en el cuidado del enfermo. Tanto más grave y más incurable cuanto más requerido de un cuidado altamente dotado de conocimiento bioético y también tanatológico, para responder a las demandas de un cuidado. La medicina paliativa, el cuidado en fase terminal, exigen una conciencia y una actitud muy apropiada a la circunstancia del paciente, de quienes le rodean, y la bioética en la enseñanza de enfermería es la ocasión para proporcionar los conocimientos indispensables para una actuación resolutive y segura (NOM-019-SSA3-2013).

La bioética integra y sistematiza diversos saberes que una enfermera(o) profesional debe poseer y proponerse dominar, lo que explica la importancia de incluir este saber en la formación de todo profesional de cuidado. Es un objetivo y una misión loable como proyecto de vida.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- AYUSO Murillo, Diego y De Andrés Gimeno, Begoña, (coord., dir.) (2015). *Gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Seguridad del paciente*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- CONSEJO Internacional de Enfermeras Ámbito de la práctica de enfermería. *Declaración de posición del CIE*. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B07_Ambito_practica_enfermeria-Sp.pdf
- DOMÍNGUEZ Márquez, Octaviano, (1999). *Objeción de conciencia en los servicios de salud. Bioética*. México: Distribuidora y Editora Mexicana, S.A. de C.V.
- FUNDACIÓN INDEX. *Plataforma especializada en la Gestión del Conocimiento en Cuidados de Salud*. Disponible en: <http://www.index-f.com/>
- HOTTOIS, Gilbert, (2011). *¿Qué es la Bioética?* Traducción: Lizbeth Sagols Sales. México: Editorial Fontamara.
- LEY General de Salud. (2016). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 (2013). *Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL=400despliegue&anio=2013&Id_Nota=234
- TORRALBA i Roselló, Francesc, (2005). *Antropología del cuidar*. 2ª. ed. Madrid: Maphre Medicina. Instituto Borja de Bioética.

PARTE V
DILEMAS BIOÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

BIOÉTICA EN TIEMPO REAL: LOS DILEMAS ÉTICOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Uria Guevara López

Nelly F. Altamirano Bustamante

Myriam M. Altamirano Bustamante

El fortalecimiento del binomio medicina basada en evidencias –medicina basada en valores (MBE-MBV)– es el desafío de la medicina del siglo XXI para la humanización de las instituciones sanitarias y del personal de salud (de Hoyos, Monteón, Altamirano, 2015; Calleja *et al.*, 2015; Guevara, Altamirano, Viesca, 2015; Nava *et al.*, 2011; Altamirano *et al.*, 2013; de Hoyos *et al.*, 2013; Peile 2013; Fulford, 2011).

Como respuesta a este reto, el Instituto Mexicano del Seguro Social creó e implementó el Centro Interdisciplinario para el Estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos CIETD-CP en la UMAE Hospital de Ortopedia del IMSS, a cargo del Dr. Uria Guevara y su equipo transfuncional integrado por Dra. María Concepción Serratos, Dra. Griselda Díaz de León Ponce, Enfermera Carmen Vicente y la Psicóloga Graciela García Reyes.

Para que el fortalecimiento del binomio MBE-MBV enfatice el profesionalismo, el humanismo, y la primacía de la clínica, pueden existir muchas líneas de acción, una de ellas es la educación continua en valores del personal de salud a través de la *Gaceta de CONBIOÉTICA*. La Bioética en Tiempo Real (BTR) que se centra en el paciente, en su persona, y en las preocupaciones de los familiares, está en sus primeras fases en México y en el mundo. *BTR*, es la rama de la ética que determina normas y valores que permi-

ten el desarrollo de prácticas –éticamente aceptables– realizadas por los profesionales de la salud: médicos, enfermeros, trabajadores sociales y todo el personal sanitario; en el abordaje del paciente en un tiempo particular (*on-the-fly*), inmediato y simultáneo a la atención clínica del paciente (Lizárraga y col., en prensa).

En este artículo presentamos la dinámica integral del discernimiento ético de un caso típico de la unidad de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, realizado en una serie de sesiones de trabajo conjuntas de los autores. ¿Cómo prepararnos para realizar un discernimiento ético de los dilemas de la práctica clínica? (Altamirano *et al.*, 2010). Desde el binomio MBE-MBV estos son los componentes:

- a) Conocimientos profundos de la fisiopatología de la enfermedad y alternativas terapéuticas reales disponibles (MBE).
- b) Conocer la normatividad que rige nuestra práctica clínica (MBV).
- c) Incrementar nuestra familiaridad con las principales teorías éticas (MBV).
- d) Desarrollar nuestras habilidades para analizar y discernir dilemas éticos (MBV).

Para iniciar una deliberación ética, tenemos que definir lo que para nosotros es un dilema ético:

Un dilema ético es una situación en la cual una persona debe escoger entre por lo menos dos cursos de acción, cada uno de los cuales parece estar apoyado por algún estándar de comportamiento. La elección de una de las opciones excluye a la otra (Calleja-Sordo, 2015).

FIGURA 1: *Dinámica de la deliberación ética hasta llegar a una decisión*



Fuente: elaboración propia.

La piedra angular como todo en medicina es la historia clínica, que se resume para ilustrar este caso. A V niña de 14 años, con antecedentes de hipoxia al nacimiento por traumatismo craneoencefálico, genéticos Sx. de Turner diagnosticado hace cuatro años. Enfermedades propias de la infancia, Quirúrgicos: apendicetomía tres años atrás, vive con madre y dos hermanos por separación paterna, se encuentra en juicio legal para pago de pensión alimentaria, recibe apoyo financiero de su madrina.

En junio de 2010 inicia con dolor agudo en rodilla derecha, secundario a traumatismo, de intensidad leve 2-3/10 según Escala Visual Análoga (EVA), progresivo, localizado, sin irradiaciones, sordo que incrementa con la deambulaci3n, llegando a intenso 7-8/10 (EVA), que disminuye con el reposo 4-5 /10 (EVA) sin predominio de horario.

En agosto aparece tumefacci3n en regi3n medial de rodilla derecha, indurada dolorosa con aumento paulatino de tama1o; por tal motivo, la madre le procura evaluaci3n m3dica en cl3nica privada en donde efectúan Rx de rodilla derecha e inician tratamiento sintomático con analgésicos y se envía a la Unidad Medico Familiar UMF, en donde se diagnostica tumor óseo, se le refiere a la consulta externa del servicio de tumores óseos, para evaluaci3n por m3dico ortopedista, quien indica estudios complementarios para diagn3stico final.

Reingresa a hospitalizaci3n de tumores óseos el 24/09/2010 con dolor intenso, se le solicita interconsulta a la cl3nica de dolor con EVA 8/10 y Escala Verbal Análoga (EVERA) severo, continuo con exacerbaciones y paroxismos (sensaci3n de descarga eléctrica). Se inicia analgesia con tramadol IV 120 mg. para 24 hrs. más recates, paracetamol 1mg. cada 8 hrs. y carbamazepina 50 mg. cada 8 hrs., se les administra vía oral lográndose control del dolor.

El 29/09/2010 se realiza biopsia incisional con estudio histopatológico transoperatorio reportándose malignidad. Continúa hospitalizada con control de dolor postoperatorio a base de tramadol y paracetamol. El 12/10/2010, el servicio de patología emite el diagn3stico definitivo de la biopsia: “Osteosarcoma Condroblástico y Osteoblástico de fémur distal derecho, sin metástasis”, por lo que es enviada al hospital de oncología, en donde le aplican seis ciclos de quimioterapia (metotrexate y cisplatino), es contra referida al servicio de tumores óseos para tratamiento exicional. El

17/03/2011 se solicita nueva interconsulta a clínica de dolor para tratamiento del dolor instalando esquema analgésico con opiáceos leves (tramadol iv) y paracetamol oral y rescates nocturnos. El día 19/03/2011 se efectúa angiotac y resonancia magnética nuclear, reportándose compromiso de paquete vascular, partes blandas y hasta tercio proximal de fémur. Al interrogar el paliativista su estado de ánimo por su próxima cirugía, responde preguntando, ¿qué me van a hacer?, sólo me van a quitar un pedazo de lo malo, ¿verdad? Refiriendo ansiedad y angustia al equipo de atención paliativa quien instala apoyo psicoafectivo. Para el discernimiento ético usaremos el método integral que se ilustra en la figura 2 y cuyo protocolo seguiremos:

1) *¿Cuál es el hecho?*

Paciente de 14 años, con un año de evolución de osteosarcoma condroblástico y osteoblástico de fémur distal derecho, que inicia con dolor severo EVA 8/10. Se decide intervención quirúrgica para la desarticulación de miembro pélvico derecho. Al preguntar cómo se siente en relación con su próxima cirugía, la paciente responde: ¿qué me van a hacer?, sólo me van a quitar un pedazo de lo malo, ¿verdad?

2) *¿Cuál es el BIEN que se busca?*

El BIEN mayor es la protección de la vida de la paciente.

3) *¿Quiénes son los depositarios del BIEN?*

La paciente. Su familia: madre, hermano. Los médicos, enfermeras y personal de salud del hospital.

4) *¿Cuáles son las circunstancias y costos?*

- Se trata de un tumor maligno de un año de evolución.
- La paciente no comprende el diagnóstico, ni se le ha explicado detalladamente el tratamiento y sus implicaciones.
- Es importante evitar trastornos psicoafectivos o depresivos. Preservar la vida.

5) Identificar los dilemas éticos y diferenciarlos de los problemas médicos, tecnocientíficos o legales.

¿Es nuestro deber informar a un paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, aunque esté fuera de nuestra especialidad, siendo únicamente médico interconsultante para control algológico?

6) Análisis Ético:

Visión utilitarista: el mayor beneficio o bienestar agregado es la preservación de la vida de la paciente. Desde el punto de vista del personal de salud el beneficio es mayor que el riesgo. Por lo que desde el punto de vista de costo beneficio la desarticulación de miembro pélvico derecho es lo más adecuado. Se evitan gastos de hospitalización por tiempo prolongado. Al algólogo no le corresponde dar el DX ni explicar el tratamiento quirúrgico.

Visión deontológica: el deber del médico y del personal de salud es la preservación de la vida y por lo tanto cumplen con su deber al buscar las condiciones terapéuticas que garanticen una adecuada calidad de vida, por lo tanto, tiene que intervenir un equipo transfuncional en el TX. La paciente hace efectivo su derecho a la autonomía, subsidiariedad y universalidad al querer conocer qué le van a hacer. El médico algólogo debe buscar a todos los médicos tratantes y juntos explicar a la paciente y a sus familiares su diagnóstico, el tratamiento y sus implicaciones para la vida y proyectar el cambio en su estilo de vida.

Visión aretológica: la pregunta esencial es: ¿estoy evitando el mal? Algo es bueno si perfecciona, si planifica la naturaleza inherente del que actúa. El tratamiento oportuno planificará a la paciente, y para el personal de salud también habrá un perfeccionamiento puesto que cumplen con su vocación al servicio de la vida. Se da prioridad a la sindéresis, la integridad, la proporcionalidad y la virtud. Todo el equipo médico tratante debe hablar con la paciente y explicarle

el diagnóstico, TX e implicaciones para proyectar y aceptar el cambio de su estilo de vida.

Visión integral: el grupo transfuncional de personal de salud tratante debe hablar con la paciente y esto es bueno desde el punto de vista deontológico y aretológico y por lo tanto el desafío es encontrar las condiciones para realizar la entrevista.

Resultados: el algólogo-paliativista decidió evitar decirle directamente el procedimiento quirúrgico que se le efectuará. Aunque lo contempló como una posible opción, le dijo que entendía su sentimiento y le explicó que es más importante preservar la vida, aunque nos falte alguna parte del cuerpo; que existen valores en su persona mucho más valiosos que alguna parte de su cuerpo y que lo más importante es que podría disfrutar de su vida adaptándose a las circunstancias. Al inicio la paciente lloró, pero dijo que estaba bien, aceptaba la posibilidad de una amputación o desarticulación en caso de que se llevara a cabo. El algólogo convocó al grupo de médicos tratantes y se le explicó a la paciente el tratamiento.

El 28/03/2011 el grupo quirúrgico de tumores óseos efectúa desarticulación de miembro pélvico derecho por lo que el EDCP trata el dolor postoperatorio con infusión IV de morfina, analgésicos orales y paracetamol. Se da alta por el servicio quirúrgico sin dolor EVA de 0, /EVERA sin dolor ni efectos secundarios por la medicación, se da cita abierta al CIETDCP y seguimiento por vía telefónica. Durante tres meses, posteriores a la cirugía, asiste regularmente a consulta del CIETDCP-CP en donde se confronta a su diagnóstico y pronóstico; se genera un cuadro de depresión, ansiedad, enojo por la amputación practicada y duelo no resuelto.

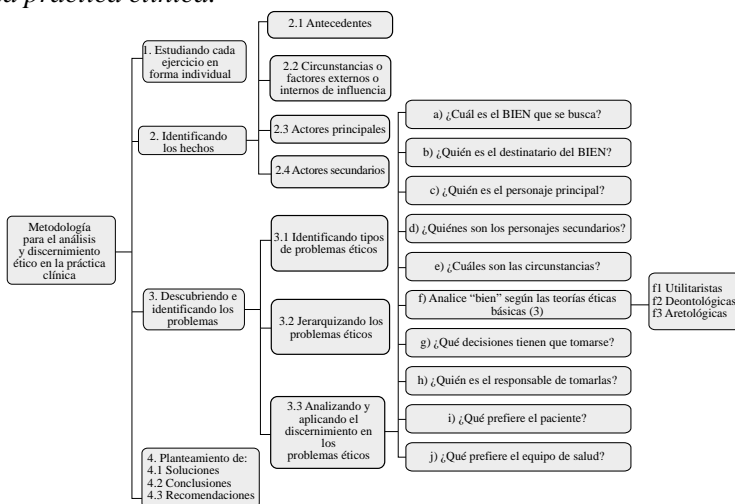
Se continúa con el apoyo interdisciplinario al paciente y familia en su domicilio, psicología durante seis meses por medico paliativista, enfermería y trabajo social por referir dolor, deterioro progresivo, presencia de síntomas respiratorios, neurológicos y emocionales.

Se continúa con el acompañamiento y atención domiciliaria hasta su fallecimiento y se efectúa la reunión de cierre con la familia: la madre, dos hermanos menores, madrina, cuidadores y equipo de salud en domicilio.

7) Conclusiones finales:

El fortalecimiento del Binomio MBE-MBV pone en evidencia los valores y virtudes que son indispensables para una relación médico-paciente eficiente y de calidad. En el caso que presentamos se detectaron, en primer lugar, las etapas en la RMP en las que hay que oportunidad de mejora. Por ejemplo, una área de oportunidad es la capacitación ética, en cuidados paliativos en casos de enfermos terminales, en donde no hay esperanza de una cura efectiva; para el personal de salud como los oncólogos, cirujanos, enfermería, para que puedan establecer una comunicación de calidad con sus pacientes. Un problema vigente del personal de salud es que nadie quiere dar malas noticias, por lo tanto, al final existe una desinformación generalizada que evita crear una confianza y una responsabilidad itinerante entre el personal de salud, la paciente, su familia y la red de apoyo.

FIGURA 2: Metodología para el análisis y discernimiento ético en la práctica clínica.



Fuente: elaboración propia.

No es tanto que la medicina se haya deshumanizado, como que las instituciones donde se ejercen las prácticas médicas están sometidas a numerosas presiones que llevan a una burocratización y a crear esa impresión. Sin embargo, las prácticas médicas, vistas en ese carácter, de prácticas, entendidas como sistemas de acciones, donde en el centro se encuentran agentes que actúan en función de normas y de valores, pueden muy bien ser analizadas en función de tales valores y, entonces, la conclusión es diferente. Los roles del médico paliativista de consejero y educador se destacan y es la amalgama en el personal de salud que trata a la paciente para fomentar y fortalecer el binomio MBE-MBV.

Agradecimiento

Nuestra más profunda gratitud al Centro Interdisciplinario para el Estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos CIETD-CP en la UMAE, Hospital de Ortopedia del IMSS, y al equipo transfuncional integrado por la Dra. María Concepción Serratos, Dra. Griselda Díaz de León Ponce, Enfermera Carmen Vicente y la Psicóloga Graciela García Reyes.

Referencias bibliográficas

- ALTAMIRANO-BUSTAMANTE, MM., Altamirano-Bustamante, NF., Lifshitz, A., *et al.*, (2013). “Promoting networks between evidence-based medicine and values-based medicine in continuing medical education”. *BMC Med*, 11, 39. doi:10.1186/1741-7015-11-39.
- ALTAMIRANO Bustamante, NF., Bobadilla Aguirre, A., Altamirano Bustamante, E., *et al.*, (2010). “¿Cómo prepararnos para la liberación ética en la práctica clínica en pediatría?”. *Bol Med Hosp Infant Mex.*;67(3), 188-195.
- CALLEJA-SORDO, EC., de Hoyos, A., Méndez-Jiménez, J., *et al.*, (2015). “Novel ethical dilemmas arising in geriatric clinical practice”. *Med Health Care Philos.*;18(2), 229-236. doi:10.1007/s11019-014-9593-6.

- DE HOYOS, A., Monteón, Y., Altamirano-Bustamante, MM., (2015). "Reexamining Healthcare Justice in the Light of Empirical Data". *Bioethics*.;29(9), 613-621. doi:10.1111 / bioe.12188.
- DE HOYOS, A., Nava-Diosdado, R., Mendez, J., *et al.*, (2013). "Cardiovascular medicine at face value: a qualitative pilot study on clinical axiology". *Philos Ethics Humanit Med*, 8, 3. doi:10.1186/1747-5341-8-3.
- FULFORD, KWM., (2011). "Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health Initiatives in the "Personalization" of Care". *J Eval Clin Pract*,17(2),341-343. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01578.x.
- FULFORD, KWM., (2011). "The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health". *J Eval Clin Pract*.;17(5),976-987. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01732.x.
- GUEVARA-LÓPEZ, U., Altamirano-Bustamante, MM., Viesca-Treviño, C. (2015). "New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice". *BMC Med Ethics*.;16(1), 11. doi:10.1186/s12910-015-0003-2.
- NAVA Diosdado, R., Flores Cisneros, C., Méndez Jiménez, J., *et al.*, (2011). "Valores en Medicina: etnografía de sus representaciones en un hospital de cardiología en México". *Cuicuilco*,18(52), 115-132.
- PEILE, E., (2013). "Evidence-based medicine and values-based medicine: partners in clinical education as well as in clinical practice". *BMC Med*, 11, 40. doi:10.1186/1741-7015-11-40.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

*Claudia Leija Hernández
Daniel Choperena Aguilar*

¿Qué son los comités y sus funciones?

Para que los comités de bioética adquieran su máxima efectividad, de acuerdo con la Unesco (2006), es necesario el respeto a los derechos humanos, así como el reconocimiento de la dignidad de pacientes y de las personas sanas o enfermeras, en particular aquellas que participan en ensayos de investigación biomédica, y a aquellas que se someten a alguna intervención sanitaria por médicos, enfermeras y otros integrantes del equipo de salud.

El surgimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en México es relativamente reciente, considerando que es hasta el año 2012, cuando en el Diario Oficial de la Federación, se publica el:

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Los CHB son espacios de reflexión, orientación y educación donde sus miembros, un grupo interdisciplinario del equipo de la salud, abogados, y otros profesionales de la conducta humana, analizan temas éticos y dilemas que surgen de la atención de la

salud en una institución hospitalaria, pero que en ningún caso pueden sustituir la responsabilidad del personal sanitario hacia los pacientes, ni imponerse en sus decisiones, ya que su carácter es totalmente consultivo (Slowther *et al.*, 2004: 950-952; CON-BIOÉTICA, 2013).

La interdisciplinariedad de los CHB

Los CHB reflejan la necesidad de que los profesionales de la salud tengan una visión más amplia acerca de las situaciones que se presentan en la prestación de servicios sanitarios, las cuales muchas veces rebasan el ámbito clínico y científico.

Un requisito indispensable para el funcionamiento óptimo de los Comités de Ética, y en especial los Comités Hospitalarios de Bioética, es el deseo y la capacidad de diálogo entre los distintos miembros que conforman a éste, independientemente de su papel o de su naturaleza profesional. Tal es el caso que en la resolución y la discusión de asuntos particulares se establece un espacio de conversación donde existe un intercambio de información técnica, o científica, social, moral y cultural, que se vuelve invaluable para la existencia y el nivel de resolutivez de los comités dentro de un hospital. Dentro del ámbito hospitalario, es importante destacar que en las profesiones sanitarias existe una diversidad significativa entre una y otra; ya sea en su objeto de estudio y de conocimiento, las habilidades generadas y/o empleadas, así como en el acercamiento que llegan o no a tener con el usuario para generar una atención con calidad técnica e interpersonal (León, 2009: 56-63).

Los médicos y enfermeras(os) son los profesionales de la salud que tienen más contacto con el usuario dentro de su estancia en una institución hospitalaria. Los primeros, a través de la valoración inicial y evolución, y las enfermeras quienes, a través de la provisión de cuidados con niveles de autonomía diferentes, y con fines diversos tienen la capacidad de percibir de manera más profunda al usuario, desde diferentes perspectivas. Esto tiene como propósito la atención y la resolución de respuestas humanas, además de la enfermedad. Esta capacidad es la que hace necesaria e indispensable contar con diferentes profesionales

sanitarios, además de los integrantes de otras disciplinas (León, 2009; Miedema, 1993: 89-99).

El rol de enfermería en la atención hospitalaria

Las enfermeras y enfermeros pertenecientes a las instituciones del Sistema Nacional de Salud se enfrentan diariamente a constantes problemas éticos y morales durante la provisión de los cuidados. De igual manera, y debido a que son los miembros del equipo de salud quienes están más tiempo en contacto con el paciente, juegan un rol fundamental en la seguridad de éste, en la prevención de errores de medicación, de caídas y otros eventos adversos; en la verificación de que los pacientes reciban el tratamiento correcto, y en asegurar su bienestar durante su estancia hospitalaria (Needleman, Hassmiller, 2009).

En las áreas hospitalarias, en el ámbito asistencial, los profesionales de enfermería son capaces de proporcionar una amplia gama de cuidados e intervenciones independientes, así como coordinar el trabajo de otros miembros del equipo de salud para cumplir los objetivos de la atención sanitaria. Asimismo cuentan con las habilidades necesarias para reconocer problemas potencialmente graves, como el inicio de una infección asociada a atención de salud (IAAS), el uso incorrecto de medicamentos, el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos, e incluso el abuso que pueden llegar a sufrir los pacientes de sus familiares, o de otros profesionales de salud (Needleman, Hassmiller, 2009; Shamian, 2014: 867-868; Gupta *et al.*, 2017).

¿Qué beneficios tiene la inclusión de Enfermería en los CHB?

Las decisiones en salud y en ética hospitalaria se deben garantizar con información adecuada y lo suficientemente amplia, que contenga sin distinción perspectivas múltiples y un razonamiento deliberado para poder tener la capacidad resolutoria necesaria de los asuntos sometidos, regularmente complejos, de los Comités Hospitalarios de Bioética. Todas estas características convergen en la prerrogativa que todos los miembros del equipo de salud necesitan tener una representatividad dentro de los comités, con el fin de asegurar la pluralidad en los puntos de vista, así como la obje-

tividad en las recomendaciones emitidas dentro de un caso en específico.

Tal y como se menciona en la sección anterior, los profesionales de enfermería, además de tener un mayor contacto, en función del tiempo, con los pacientes hospitalizados, tienen un acercamiento e interrelación con todos los miembros del equipo de salud de manera cotidiana, situación que les permite constituir una visión integral y holística de las problemáticas en salud de los pacientes hospitalizados, de conocer sus inquietudes, sus necesidades fisiológicas, emocionales y espirituales; así como la detección temprana de riesgos y daños potenciales físicos o psicológicos.

De manera ilustrativa, durante las sesiones de los Comités Hospitalarios de Bioética, los miembros participan realizando aportaciones desde su perspectiva, experiencia y formación acerca de los casos complejos que son sometidos a sesión. En el desarrollo, la parte jurídica y coercitiva de la atención sanitaria se genera por el jurista; los científicos conductuales aportan los principios relacionados con el comportamiento humano y necesidades emocionales de los usuarios. Por otro lado, en el ámbito sanitario figura un personaje que por su actuar directo con el paciente en el proceso de atención y cuidados adquiere una importancia indiscutible, la enfermera(o). Estos profesionales, miembros sustantivos del equipo de salud, inmersos en su quehacer de recobrar el estado de salud del usuario, aportan desde su perspectiva detalles de los cuidados a la persona durante su estancia hospitalaria, por lo que su exclusión de los CHB no es una opción si se desea una visión enriquecida e integrativa de todos los aspectos posibles del usuario de los servicios de salud, a fin de garantizar la capacidad resolutive, y las funciones esenciales de los comités hospitalarios de bioética en las instituciones de salud.

Referencias bibliográficas:

CONBIOÉTICA, (2013). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. 4ª ed. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.

- GUPTA, J., Falb, KL., Ponta, O., (2017). “A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: findings from a cluster randomized controlled trial”. *BMC Medicine*. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0880-y>. (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- LEÓN-CORREA, F., (2009). “De la bioética clínica a una bioética institucional y social”. *Rev. Lat. Bio.* Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v9n1/v9n1a05.pdf>. (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- MIEDEMA, F., (1993). “The nurse’s role on the healthcare ethics committee”. *HEC Forum* Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01476543>. (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- NEEDLEMAN, J., Hassmiller, S., (2009). “The Role of Nurses in Improving Hospital Quality and Efficiency: Real-World Results”. *Health Affairs* Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.28.4.w625> (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- SHAMIAN, J., (2014). “The role of nursing in health care”. *Rev. Bras. Enferm.* Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0867.pdf> (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- SLOWTHER, A., Johnston, C., Goodall, J., Hope, T., (2004). “Development of clinical ethics committees”. *BMJ*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC390221/> (Consultado el 5 de diciembre de 2017).
- Unesco, (2006). *Guía N° 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* (1ª ed.) París: División de ética de la ciencia y la tecnología Unesco.

LA FUNCIÓN EDUCATIVA DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA: UNA VISIÓN CRÍTICA

Martha Tarasco Michel

Resumen

Se realiza una reflexión de la función formadora de los Comités Hospitalarios de Bioética, se señala alguna parte de la problemática empírica de los mismos, y sus dificultades de aplicación. En un segundo momento, se señalan los principios antropológicos que podrían guiar los Comités para fundamentar la función docente, ya que la misma estará sujeta a tres factores: las necesidades propias de cada hospital, la participación de un bioeticista de profesión, y la sensibilización y experiencia, que con el tiempo irá logrando tanto el comité como el personal hospitalario, hacia estos dilemas. Asimismo, se enfatiza en que los mismos no se conviertan en meras instancias de cumplimiento. Con esos elementos se proponen criterios de acción de los mismos.

Palabras clave: antropología, formación, educación

Introducción al problema

México tiene una gran fortaleza en materia del establecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, debido al decreto del 14 de diciembre de 2011 en que se indica que deben contar con este tipo de Comités:

Todos aquellos establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, referidos en la primera disposición general para la integración y funcionamiento de los CHB, de acuerdo al artículo 41 Bis fracción I de la Ley General de Salud (LGS) (CONBIOÉTICA, 2017)

Dichos Comités tienen dos funciones básicas: “[...] apoyo en la toma de decisiones [en] los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, *así como en la docencia*”. (CONBIOÉTICA, 2017). Sin embargo, el aprovechamiento de esta normativa por los hospitales es inferior a la deseada (Randal, 1983; McNeill, 2001), y probablemente ello se deba a que básicamente se carece de un número suficiente de bioeticistas que trabajen en centros hospitalarios, y por ende quienes no tengan ningún conocimiento del área, tendrán un interés limitado, o bien, no tienen la capacidad de detección de dilemas éticos ni de la forma de resolución de los mismos.

Para mejorar esta situación, la Comisión Nacional de Bioética ha hecho grandes esfuerzos por capacitar en esta transdisciplina con cursos en línea, reuniones periódicas nacionales y regionales, publicación de la gaceta, y las videoconferencias, entre otros. Y, por otro lado, universidades públicas y privadas ofrecen diplomados, especializaciones, maestrías y doctorados en Bioética. Pero el número de estudiantes de esta transdisciplina es relativamente bajo, si se toman en cuenta las necesidades del país.

Aunado a la falta de profesionales en bioética, los miembros de los Comités no reciben ningún tipo de prestación: no en todos los hospitales se apoya con disminución de horas asistenciales, para poder sesionar; ni tampoco a los bioeticistas profesionales extra hospitalarios se les otorga un salario (Randal, 1983), aunque hayan invertido a veces 5 a 6 años de su vida en estudiar una maestría y un doctorado, y su mera asistencia les implique un gasto de transporte.

Estas dos caras de la moneda sobre el bajo número de Comités Hospitalarios de Bioética registrados en el país, complica la *función educativa* que estos deben ejercer en el centro hospitalario. Ya que a menos que se cuente con algún profesional certificado

de bioética, será un reto adquirir la autoridad moral sobre sus colegas, para impartir educación sobre el tema, aunque haya hecho un gran esfuerzo de auto estudio.

Otro problema en el ámbito de la enseñanza de la bioética es el contenido de lo que los Comités deben impartir (McNeill, 2001). Hay que considerar que en sí mismos no constituyen un departamento hospitalario, y que las oportunidades de contacto simultáneo con todo el personal del hospital serán pocas: tal vez alguna sesión general del Hospital, o algunas clases a los residentes e internos. O durante el análisis de algún dilema, con los servicios involucrados en el caso. Pero, finalmente, el tiempo para cumplir con la función de enseñanza será muy breve, y por ello el enfoque educativo es primordial, ya que los profesionales de la salud demandan mayor formación en ética (Colaco *et al.*, 2017).

Retos

Tener grandes metas, pero estar aún en el camino de conquistarlas, es lógico. Ya desde 1983 el Hastings Center cuestionaba si el desarrollo de los Comités Hospitalarios de Bioética se estaba dando como lo habían propuesto desde el inicio David Thomasma y Edmund Pellegrino (Randal, 1983; Thomasma, 1994). Es evidente que ninguna acción humana es perfecta, y que además las necesidades y circunstancias cambiarán. Por ello, también el tipo de modelo de los propios comités es variable. Pero las funciones de consultoría, que hoy quieren ampliarse a la consultoría individualizada en la cama del paciente, con bioeticistas a tiempo completo (Fiester, 2015; Price, Murphy, 1995; Morley, 2016; Spike, 2012; Burda, 2011), y las educativas, deberán seguir ejecutándose.

Por ello me permito proponer algunos conceptos transversales que deben ser vertidos en la enseñanza, independientemente de la temática requerida en cada Hospital. Los comités de bioética, para lograr una auténtica labor educativa, deben de partir de varios supuestos y principios. Esos principios por definición, no se demuestran, sino se tienen en cuenta en toda su labor:

- 1) Insistir en “el valor de la persona humana” tanto en los pacientes como en los médicos es crucial para cualquier enseñanza de la bioética. La persona vale por sí misma, y así como no se dis-

crimina por sexo, raza, religión, tampoco se le debe discriminar en cuanto a recibir todo el apoyo para su salud, por edad, estado de salud, o estado de conciencia. En realidad, por ninguna circunstancia (Lusky, 1996).

2) Un segundo elemento fundamental es el reconocimiento de que “el bien no se limita sólo al paciente”. El bien, si es un bien humano verdadero y no aparente, permea en todos los niveles. Cuando se realiza el bien, se perfecciona tanto el que lo realiza, como quien recibe la acción buena. El bien, así entendido, no es algo extrínseco al que realiza la acción.

En este sentido, el bien es universalizable. Las acciones que se realizan trascienden al mero actuar médico. Si se realiza una acción correcta, como el prohibir una intervención o autorizar un curso de acción clínica, el beneficio se transmite a todos los niveles, público y privado. De la misma forma en que el mal también daña *ad intra* y *ad extra*, porque afecta tanto al que lo realiza, como al que lo padece (Potter, 1994).

3) La corporeidad humana no es un almacén exterior. “La corporeidad es el ser del hombre”; dicho, en otros términos, no “tengo un cuerpo, soy un cuerpo viviente”. Este elemento es esencial, ya que no se puede separar la corporeidad del ser humano. La identidad humana sucede en lo corpóreo. Por ello no es correcto decir “yo hago lo que quiera con mi cuerpo”, porque en realidad, significa que se pretende hacer lo que se quiera con uno mismo. Sin embargo, la realidad demuestra que no es ilimitado el poder o la factibilidad que se tiene para ello. Además de que hay deberes tanto personales como colectivos en el cuidado de sí. Otro ejemplo de este tipo de ideas contra intuitivas sería pensar que el dolor que no se experimentara personalmente, sino que fuera el propio cuerpo quien lo percibiera de manera separada del ser (“Yo no siento el dolor, sino mi cuerpo”). Este tipo de expresiones son contrarias a reconocer que la persona es fin siempre, nunca medio.

Por este concepto sobre la corporeidad, no basta la solicitud del paciente para destruirlo, tal sería el caso de la disposición de órganos vitales en un donador vivo, o de autorizar la experimentación en sí mismo, sólo por ser una decisión autónoma. Hay lí-

mites que salvaguardan la integridad y la salud. Porque se existe con y a través del cuerpo. Por ello se cuida. La intervención sobre la corporeidad debe de contar con dos requisitos. Por un lado intervenir con finalidad terapéutica, aún si se trata de ser sujeto de investigación, y por otro, que en dicha intervención el riesgo siempre sea menor que el beneficio esperado.

Además, es importante señalar que “el cuerpo tiene límites”, no sólo de inicio y de fin de existencia, sino también de funcionalidad. Una visión 20/20 no es de rayos X, ni de águila. Y ni el atleta más veloz puede superar velocidades con las que todo su organismo no se ponga en riesgo. Este concepto es particularmente importante que se transmita a los pacientes, ya que la medicina del deseo promueve el concepto contrario.

4) La “información médica es proporcionada para el bien del paciente”. No se busca imponer, sino promover o exhortar la colaboración del paciente. La autonomía debe de ser entendida en esos términos: es verdad que el paciente puede oponerse con razones y pedir explicaciones; y que el médico debe tener su permiso, pero sin negar el daño o bien objetivo. Si un tratamiento es proporcionado, por ejemplo, en todos los elementos, económicos, familiares, capacidad del hospital, etc., en principio debe intentarse. Se pide la colaboración. Aunque es verdad que en última instancia alguien pueda rehusarse. El fin en sí mismo es convencer del bien o del mal a evitar (Lusky, 1996).

5) Por último, un concepto crucial que hay que considerar y transmitir a través de los Comités, es que al no ser equivalentes las normas jurídicas con las éticas, a veces sucede que “algo es legal, pero no es ético”, y viceversa. En ese principio es crucial revisar y conocer los elementos legales pertinentes a los posibles casos a tratar. Pero no basta con mantenerse dentro de lo jurídico: hay que buscar el bien mayor, y no conformarse con el mínimo común ético, porque se trata de la aplicación de la ética a la vida de un paciente en lo particular. Ello no exime de realizar una revisión profunda y constante de las Normas Oficiales, porque también es conveniente para saber los límites jurídicos.

En este sentido, a efecto de perfeccionar el actuar intrahospitalario, es conveniente que con cierta periodicidad se reexaminen

críticamente, y con realismo, los protocolos del hospital para eliminar muchos inconvenientes. Me permito, sin embargo, recordar que el deber del Comité Hospitalario de Bioética, no es hacer que se cumplan las normas jurídico-administrativas. Para ello ya hay un departamento en cada Hospital. Aunque nunca se deben ignorar, para estar dentro del marco legal; pero el objetivo de los comités es aconsejar y difundir el mayor bien ético (McCullough, 1995).

Respecto a algunas estrategias para la función docente, me permito sugerir tres ámbitos:

La formación científica que va desde clases formales, sesiones hospitalarias, publicaciones accesibles al personal hospitalario, etcétera.

La difusión permanente que debe dirigirse no sólo al personal de salud, sino a todo el hospital, y a los pacientes. Para ello, las redes de comunicación social son óptimas, pero en caso necesario, carteles, avisos a los teléfonos celulares, o pantallas electrónicas, si se cuenta con ellas, permiten generar información breve, concisa, clara y sobre todo frecuente.

La formación extrahospitalaria (Seidel, 1993), dependiendo del tipo de hospital de que se trate, hay que compartirla con la institución a la que pertenezca, tanto a través de artículos, como de reportes, por ejemplo. Pero sobre todo tener en cuenta que la Comisión Nacional de Bioética es el órgano más interesado y quien mejor podrá redistribuir los logros de cada comité. Así que al generar un acervo de documentos de enseñanza, y compartirlos con la CONBIOÉTICA, es realizar un acto ético que redundará en el mayor bien de todos.

Ahora bien, la formación que debe dar cada comité también se refiere a la formación de hábitos (Domen, 2016; Weber, Gray, 2017; Rohrbaugh, Kellett, Peluso, 2016). La transparencia en la información de lo que hace el comité, por ejemplo, en particular si se ha cometido un error, serán casos que deben informarse a todo el personal hospitalario. Todos somos susceptibles de equivocarnos, pero comunicarlo en primera persona, siempre genera confianza y respeto. En este sentido la función formativa también debe abarcar la coherencia y honestidad. Desde la honestidad científica, hasta la coherencia en la conducta con los pacientes y con los colegas.

En cuanto a la temática será muy variada, y dependerá de las necesidades de cada hospital, pero siempre hay que actualizar en conceptos generales, dentro de los que están contempladas las leyes y normativas, así como los principios generales de la bioética. Y recordar que esta formación es cíclica, aunque es conveniente variar la estrategia. Además, estarán los temas de bioética emergente, tanto de preocupaciones del propio hospital como de algún avance biotecnológico, por ejemplo.

Conclusiones

Los elementos antropológicos y éticos iluminan la razón, y de hecho siempre que se actúa conscientemente se hace con base en una jerarquía de principios, aunque sea de manera subconsciente. La función educativa de un Comité lleva tiempo, es delicada y no es un mero trámite. Así los Comités de Hospitalarios de Bioética deben considerar los elementos anteriores respecto a los casos que analicen y a la temática que enseñen. También deben proponer acciones que eleven la atención con los estándares éticos adecuados.

Los Comités de ética requieren personal multidisciplinario para que participen quienes se involucran en las decisiones clínicas. Y es conveniente que se elijan a las personas que dispongan de cierto tiempo para la reflexión, o al menos, que se les descargue de parte de sus responsabilidades para poder cumplir adecuadamente ese tipo de funciones. Sin embargo, la función educativa no puede recaer por igual en todos los integrantes de los comités. Deberá ser en primer lugar en los profesionales de la bioética, si los hubiere, y si no quien tenga mayor capacidad académica para lograr su auto estudio y tener la capacidad de transmitir dichos conocimientos. Pero la institución hospitalaria, a su vez, debe fomentar y apoyar el que los miembros de los comités que aún no sean bioeticistas profesionales puedan capacitarse en ello.

La educación o su papel educativo es de distribución o propagación de una conducta ética y de ejemplo. La difusión del conocimiento se refiere a fomentar, explicar y dar a conocer los dilemas éticos con los que se enfrenta, con el objeto de sensibilizar a todos para mejorar su detección, estudio y sobre todo, preven-

ción. Respecto al ejemplo, porque los primeros modelos éticos serán los que emanen de los propios miembros permanentes del mismo, si no se demuestra carácter ejemplar dentro y fuera del hospital, difícilmente permeará el mejoramiento de todos en su conjunto. Además, en la enseñanza de la bioética es indispensable conocer los fundamentos teóricos, pero más aún la experiencia práctica de vivir los principios éticos y una antropología que sea coherente con dichos principios. Los Comités deben ser transparentes y cuando detecten debilidades para resolver, yo implementar alguna medida desde un código de ética, una mejora de consentimiento informado o cualquier otro punto de conflicto y mejora, deben preguntar y evaluar con otros fuera del mismo comité.

Si bien la función de discernimiento sobre la conducta de algún miembro del hospital puede ser displicente, y sin duda es muy difícil, la función educativa del comité es lo contrario porque para enseñar hay que aprender y el conocimiento siempre es placentero, y compartirlo, lo es aún más.

Referencias bibliográficas

- BURDA, M., (2011). "Certifying clinical ethics consultants: who pays?". *J. Clin. Ethics*, Summer, 22 (2), 194-199.
- COLACO, KA., Courtright, A., Andreychuk, S., Frolic, A., Cheng, J., Kam, AJ., (2017). *Ethics consultation in pediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs*. J Med Ethics.
- COMISIÓN Nacional de Bioética, (México). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- DOMEN, RE., (2016). "The Ethics of Ambiguity: Rethinking the role and importance of uncertainty in medical education and practice". *Acad Pathol*, Jun 16, (3), p.23.
- FIESTER, A., (2015). "Contentious Conversations: Using Mediation Techniques in Difficult Clinical Ethics Consultations". *J Clin Ethics*, Winter, 26 (4), 324-330.

- LUSKY, R., (1996). "Educating Healthcare Ethics Committees (EHEC 1992-1996): the evaluation results". *HEC Forum*. Oct, 8 (5), 247-289.
- MCCULLOUGH, LB., (1995). "Preventive ethics, professional integrity, and boundary setting: the clinical management of moral uncertainty". *J Med Philos*, Feb, 20(1), 1-11.
- MCNEILL, PM., (2001). "A critical analysis of Australian clinical ethics committees and the functions they serve". *Bioethics*. Oct, 15 (5-6), 443-460.
- MORLEY, G., (2016). "Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part 2". *Br J Nurs*, Feb 11-24, 25(3), 156-161.
- THOMASMA, DC., (1994). "Education of ethics committees". *Bioethics Forum*, Fall, 10(4), 12-18
- POTTER, RL., (1994). "Learning to "read/hear": narrative ethics and ethics committee education". *Bioethics Forum*, Fall 10 (4), 36-40.
- PRICE, DM., Murphy, PA., (1995). "Doing ethics at the bedside: reflections on the practice of ethics consultation". *Trends Health Care Law Ethics*, Fall, 10(4), 17-21.
- RANDAL, J., (1983). "Are ethics committees alive and well?". *Hastings Cent Rep*. Dic, 13 (6), 10-21.
- ROHRBAUGH, R., Kellett, A., Peluso, MJ., (2016). "Bidirectional exchanges of medical students between institutional partners in global health clinical education programs: Putting Ethical Principles into Practice". *Ann Glob Health*, Sep-Oct, 82(5), 659-664.
- SEIDEL, GD., (1993). "Assessing the need for bioethics networks". *Pa Med*, Abr, 96 (4), 16-20.
- SPIKE, JP., (2012). "Training in clinical ethics consultation: the Washington Hospital Center course". *J Clin Ethics*, Summer, 23(2), 147-51.
- WEBER, E., Gray, S., (2017). "How should integrity preservation and professional growth be balanced during trainees' professionalization?". *AMA J Ethics*., Jun 1, 19(6), 544-549.

METODOLOGÍAS PARA DELIBERAR CASOS CLÍNICOS CON DILEMAS BIOÉTCOS

Salvador Alcaraz Nava

A partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2011, particularmente con la adición del artículo 41 bis, fracción I, se estipula que los establecimientos de atención médica deben contar con un Comité Hospitalario de Bioética, que dentro de sus principales funciones tiene el “apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica” (Ley General de Salud, 2017).

En este sentido, un Comité Hospitalario de Bioética debe contar con las herramientas necesarias para poder emitir recomendaciones en relación con un caso clínico que presente un dilema bioético, es decir, que contemple conflictos de valor. Esto en la medida en que la función consultiva de un CHB consiste en analizar “el caso desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, propiciando el razonamiento y la fundamentación para cada caso” (Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética, 2015).

Al respecto, a nivel internacional existe la figura equivalente al Comité Hospitalario de Bioética que hay en nuestro país, y se han desarrollado diversas metodologías para deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos; cuatro de las más relevantes son las siguientes: “Método de la ética clínica”, de Diego Gracia; “Metodología principialista”, de Beauchamp y Childress; “Metodología

casuística”, de Jonsen; y “Metodología para los Comités de Ética Asistencial”, de la Unesco.

Diego Gracia, uno de los principales teóricos de la bioética en España, concibe la deliberación como un procedimiento de toma de decisiones que consiste en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principios, valores implicados, circunstancias y consecuencias del caso. Esto permite identificar los diferentes cursos de acción posibles para poder recomendar el curso óptimo de acción. La deliberación es para Gracia un método, un procedimiento, el cual consta de una serie de pasos o pautas para llevar a cabo el análisis de casos clínicos con dilemas bioéticos, dichos pasos son los siguientes (Gracia, 2001: 20):

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.

Esta metodología deliberativa de Diego Gracia permite un estudio minucioso de los hechos clínicos, donde la calidad ética de los cursos de acción que se obtengan del análisis pueden evaluarse mediante las siguientes dos fases (Gracia, 2001: 22):

- I. Contraste del curso de acción con los principios morales:
 - Análisis de los principios involucrados en el caso: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia.
 - Identifica los conflictos entre valores o principios (véase tabla 1).

II. Evaluación de las consecuencias previsibles:

- Evaluación de las circunstancias que concurren en el caso concreto y las consecuencias previsibles de la decisión.
- Examen para saber si se puede y debe hacer una excepción a los principios. La excepción se justifica siempre que tengamos razones para pensar que la aplicación de una norma o principio resulta atentatoria contra la dignidad del ser humano.

Tom Beauchamp y James Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, el texto más influyente del movimiento bioético norteamericano, desarrollan lo que se conoce como metodología principialista, la cual consiste en un sistema teórico-práctico basado en cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia; mismos que son *prima facie*, es decir, siempre obligan por igual, a menos que entren en conflicto. Al presentarse un conflicto no hay un principio que prevalezca sobre los demás, y para resolverlo se debe analizar cada principio tomando en cuenta el contexto hasta determinar uno como preponderante.

Con base en los cuatro principios desarrollados por Beauchamp y Childress, para deliberar un caso clínico se requiere distinguir cuatro escalones o niveles jerárquicos, en donde los niveles inferiores encuentran su justificación en los superiores, teniendo, desde la cúspide hasta la base teorías éticas, principios, reglas, juicios particulares y acciones (Requena, 2005: 25).

Aunado a ello, los autores postulan que los principios y las virtudes se necesitan mutuamente. A continuación, se muestra la siguiente tabla con los elementos a analizar en una deliberación clínica (Requena, 2005: 126):

TABLA 1: *Elementos para analizar en una deliberación clínica*

Principios	Virtudes correspondientes
Respeto a la autonomía	Respeto o deferencia
No-maleficencia	No-malevolencia
Beneficencia	Benevolencia
Reglas	
Veracidad	Sinceridad
Confidencialidad	Confidencialidad
Privacidad	Respeto a lo privado

Fuente: elaboración propia.

Albert Jonsen, escritor norteamericano y autor del libro *Ética clínica*, desarrolló una metodología casuística que consiste en una ética de casos mediante *four topics*, es decir, los cuatro tópicos, parámetros o temas principales de dicha metodología. Para cada tópico Jonsen propone una serie de planteamientos como guía para llevar a cabo la reflexión, análisis y deliberación de los casos clínicos con dilema bioético. Estos cuatro tópicos son indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y contexto (Beca, 2011: 200).

Indicaciones médicas

- Diagnósticos y problemas médicos
- Pronóstico
- ¿Es problema agudo?, ¿crónico?, ¿crítico?, ¿reversible?, ¿terminal?
- Objetivos del tratamiento
- Probabilidad de éxito
- ¿Qué se hará si se fracasa?
- ¿Cómo se beneficiará al paciente y se evitará dañarlo?

Preferencias del paciente

- ¿Qué ha expresado el paciente?
- ¿Ha sido informado, ha comprendido y ha consentido el tratamiento?
- ¿El paciente tiene capacidad?
- ¿Existen expresiones previas de voluntad?
- Si es incapaz, ¿quién lo subroga?
- No coopera con el tratamiento, ¿por qué?
- ¿Cuál es la opinión familiar?

Calidad de vida

- Probabilidad de recuperar calidad de vida previa, con y sin tratamiento
- ¿Hay sesgos en la evaluación de calidad de vida que realizan los profesionales?

- ¿Qué déficit mental, físico o social puede producirse después del tratamiento?
- ¿Puede considerarse como indeseable la condición actual o futura?
- ¿Hay planes para limitar tratamientos?
- ¿Hay planes de apoyo y cuidado paliativo?

Contexto

- ¿Hay hechos familiares que influyen en las decisiones?
- ¿Hay intereses médicos que influyen?
- ¿Hay factores económicos que influyen?
- ¿Qué factores religiosos o culturales hay?
- ¿Hay problemas de asignación de recursos?
- ¿Hay consecuencias legales en las decisiones?
- ¿Es un caso de investigación?
- ¿Hay conflictos de interés?

La Unesco ha establecido una metodología para que los miembros de un Comité de Ética Asistencial puedan analizar y deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos, estableciendo nueve puntos importantes (Unesco, 2006: 74-75):

1. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso:
 - a) Diagnóstico del paciente y lista de problemas.
 - b) Prognosis del paciente.
 - c) Opciones de tratamiento.
 - d) Políticas, prácticas y reglamentación de la institución asistencial pertinentes al caso.
 - e) Exploración de casos similares abordados en el pasado.
2. Identificar las perspectivas de los principales interesados:
 - a) Determinar si alguno ha sido objeto de coacción.
 - b) Determinar los valores y preferencias del paciente en el contexto específico de la atención a la salud.
 - c) Esclarecer las contribuciones de tomadores de decisión nombrados conforme a la ley.
 - d) Organizar al equipo asistencial y examinar la situación del paciente

3. Formular cuestiones y dilemas bioéticos.
4. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente.
5. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno.
6. Establecer un plan de implantación:
 - a) Pasos a seguir.
 - b) Procedimientos para comunicar asesorías, recomendaciones o decisiones.
 - c) Procedimientos para documentar asesorías, recomendaciones o decisiones (historia clínica y expediente médico del paciente).
7. Vigilar el efecto del plan sobre el paciente y revisarlo en caso necesario.
8. Evaluar los procedimientos de revisión del caso:
 - a) Enumerar los procedimientos y políticas que necesiten revisión.
 - b) Disponer la presentación del caso como parte de la educación continua del personal en materia de bioética.
 - c) Solicitar a los interesados que evalúen el proceso de revisión.
9. Establecer un archivo de revisiones de casos para consulta futura.

En suma, estas metodologías son de gran utilidad para los miembros de los Comités Hospitalarios de Bioética para identificar, analizar y resolver problemas éticos que surgen en la atención del paciente.

Referencias bibliográficas

- BECA Infante, Juan Pablo, (2011). “La toma de decisiones en ética clínica”. (Conferencia presentada en el “Seminario de Ética Clínica”, 28 de septiembre.
- DIARIO Oficial de la Federación. *Ley General de Salud*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf (Consultado el 30 de septiembre de 2017).
- GRACIA, Diego, (2001). *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Medicina Clínica.
- REQUENA Meana, Pablo (2005). *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica*. Tesis de doctorado. Roma.
- SECRETARÍA de Salud/Comisión Nacional de Bioética, (2015). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- Unesco (2006). *Guía No. 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

PARTE VI
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Patricio Santillán Doherty

El desconocimiento de los mecanismos patogénicos que llevan a un ser humano a enfermarse y la insatisfacción que sentimos los médicos con los tratamientos que proponemos para resolver dichas enfermedades, nos obligan a ejercer la autocrítica para tratar de verter luz sobre áreas no bien conocidas y establecer soluciones más efectivas para resolver los problemas. La investigación biomédica se sublima al utilizar al mismo paciente como sujeto de investigación. Sin embargo, la relación del paciente con su médico persiste, aún y cuando pudiera parecer disimulada como una relación sujeto de investigación-investigador. En su esencia más profunda, esta relación paciente-médico/investigador, no tiene por qué ser distinta de otras interacciones del paciente con su médico, ya que, según Pérez-Tamayo, la investigación científica constituye un deber ético de cualquier profesional de la medicina científica en la actualidad (Pérez-Tamayo, 1991). Así, la acción única más importante, que otorga valor ético a esta, es el proceso de consentimiento informado.

El fin último de cualquier acto médico se relaciona siempre con el padecer del otro. La persona que sufre modificaciones en su vida debido a células enfermas, bacterias multiplicantes, genes transmutados, moléculas levogiradas o simples desajustes del alma, busca ayuda y se convierte en paciente.

En no pocas ocasiones una misma enfermedad puede ser enfrentada con más de una solución, al grado de que podría medirse la dificultad de los problemas de acuerdo con las opciones existentes para enfrentarlo. Decidir cuál opción terapéutica es la mejor y, con el tiempo, producir nuevas opciones, más efectivas, se convierte en una obligación tal, que por su importancia agrega una carga moral extra a la acción médica. En otras palabras, la investigación científica se convierte en una necesidad que otorga valor moral a la acción médica. Así, la relación paciente-médico debe tomar un camino en donde ambas partes jueguen un papel activo, en el que se debe valorar la calidad del proceso de interacción y considerar el acto médico intrínsecamente bueno por encima de los resultados que se puedan obtener.

Lo anterior es conocido como modelo de relación en donde el paciente es tratado en un sentido kantiano como un fin, es decir, con valores propios y autonomía. El médico-investigador, como médico, busca la curación de su paciente; sin embargo, como investigador busca la generación de conocimiento. El paciente, por su lado, busca curación o alivio independientemente de que se sepa paciente o sujeto de investigación. De esta forma, en investigación médica cada uno de los participantes en la relación debe hacer conciencia de las necesidades del otro. El sujeto debe darse cuenta de que el investigador busca la generación de conocimiento, mientras que el investigador –con mayor razón– debe reconocer que el paciente desea curación o alivio. Este hecho establece un cierto conflicto de interés dentro del médico-investigador que genera una presión moral mayor a la relación paciente-médico convencional; carga moral que deberá ser considerada dentro de la metodología de cualquier proyecto de investigación científica que involucre pacientes.

Existe un gran desequilibrio de poder en la relación paciente-médico en favor del último (Katz, 1997; Illich, 1977; Leaning, 1997; Jinich, 1995; Kraus, 2000). El resultado obvio de este desequilibrio de poder obliga a los médicos a reconocerlo como una responsabilidad moral. Las más de las veces este poder permanece lejos de la conciencia del actuar médico, toda vez que nos hemos acostumbrado a creer que aquello que se hace es siempre en beneficio del paciente. La duda surge no de la bondad atribuible al acto médico, sino de la posibilidad de tener objetivos alternos

que conduzcan dicho acto; la resolución del acertijo que describe Nuland cuando menciona que el médico:

[...] aún cariñoso y considerado con el paciente que trata [...] permite hacer a un lado su cariño ya que la seducción del Acertijo (v.gr.: la búsqueda del diagnóstico y su cura) es tan fuerte y la falta de su solución lo deja tan débil, que termina convenciendo a los pacientes de someterse a medidas diagnósticas y terapéuticas en un punto de la enfermedad fuera de toda razón tal que más valdría haber mantenido el Acertijo sin resolver (Nuland, 1994).

Así, lo frecuente es observar como el proceso de decisión en la relación paciente-médico se encuentra dominado por el juicio del médico sobre “qué es mejor”. Esto se exagera de manera extraordinaria al involucrarse el proceso de investigación donde consciente o inconscientemente otorgamos una predominancia “al protocolo” al generar la necesidad de mantener el control. La importancia de reconocer la influencia que el deseo de “resolver el acertijo” pueda tener sobre el proceso de decisión de los pacientes-sujetos de investigación, estriba en la posibilidad de menoscabar su autonomía. En este sentido, el concepto de Consentimiento Informado es también un intento de atemperar el poder del médico al solicitar explícitamente a su paciente que participe en las decisiones terapéuticas, más cuando estas involucran medicamentos en estudio.

En el pasado los términos ‘paciente’ y ‘persona’ eran intercambiables; en la actualidad, la persona se convierte en paciente sólo después de haber aceptado confiar su cuerpo al cuidado del médico. Pero esta confianza requiere del conocimiento de aquello y de aquel en quien se confía. La persona adquiere el estado de ‘paciente’ sólo después de una exploración minuciosa de lo que la medicina –y el médico– tiene que ofrecerle.

La doctrina del Consentimiento Informado inició a principios del siglo pasado en los Estados Unidos a raíz de reclamos judiciales por tratamientos médico-quirúrgicos que no fueron explicados adecuadamente a los pacientes afectados (Illich, 1977). En el contexto de la investigación biomédica sin duda los eventos paradigmáticos que detonaron su adopción derivan, por un lado, de los experimentos realizados en campos de concentración nazi

evidenciados durante los juicios después de la Segunda Guerra Mundial, por lo que se generó el Código de Nuremberg. Por el otro lado, del escándalo suscitado por la irresponsabilidad del Servicio Público de Salud de los Estados Unidos, al mantener un estudio sobre la historia natural de la sífilis en el pueblo de Tuskegee, el cual inició antes del desarrollo de la penicilina y que fue mantenido décadas después de la aparición de dicho tratamiento, y otros, sin haber beneficiado a los “sujetos de estudio” (Nuland, 1994). Este último hecho devino en la formación de un comité especial que produjo el muy conocido Informe Belmont (*Belmont Report*) del que se extrajeron los principios de respeto por la autonomía de la persona, el beneficio esperado –beneficencia– el no generar daños –no maleficencia– y la distribución justa de los recursos y participaciones (justicia) en proyectos de investigación biomédica (Hornblum, 1997).

Estos son conocidos como principios básicos o elementales para realizar proyectos de investigación en seres humanos, por lo que vale repasar un poco sus características primordiales:

- a) *Autonomía*: corresponde a reconocer al sujeto como un ente único, libre, con necesidades, debilidades, fuerzas y planes de vida individuales mismos que deben responder a la determinación propia de sus actos. En medicina esto significa reconocer la capacidad de la persona para pensar, decidir y actuar en forma independiente con respecto de su salud. Es importante recalcar que, para que se establezca cabalmente este principio, es necesario que el paciente/sujeto de investigación entre en conocimiento de aquello sobre lo que va a decidir. Proporcionar la información necesaria, y de la manera necesaria, es responsabilidad del médico/investigador. De esta forma, paradójicamente, la autonomía de un paciente depende importantemente del médico/investigador y entre más y mejor sea la información proporcionada, menor será la dependencia del paciente-sujeto de investigación. Debe haber además un especial cuidado al considerar este principio en la protección de personas con autonomía menoscabada: menores de edad, grupos marginados, enfermos graves o terminales y prisioneros.

- b) *Beneficencia y no maleficencia*: es el principio más allegado a las enseñanzas hipocráticas que reconoce la misión tradicional del médico de ayudar al enfermo. Se refiere a la obligación de buscar los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño y la equivocación. Las acciones médicas son muchas veces poco certeras y nunca están exentas de riesgo; la justificación última que puedan tener siempre se relaciona con el beneficio que de ellas se espera. La incertidumbre médica es reconocida y moralmente aceptada siempre y cuando la ponderación de los beneficios no sea nunca superada por los riesgos a los que se somete al paciente. Evitar estos riesgos supone el no desear causar un daño a la persona; esto es conocido como el principio de no maleficencia. Así, una manera más completa de englobar esto sería considerar al principio de beneficencia/no maleficencia como la clásica ponderación de beneficios contra riesgos.
- c) *Justicia*: es la obligación de tratar a cada persona de acuerdo con el derecho que le corresponde, asumiendo dicho derecho sin distinción de edad, género, raza, religión, opinión política, condición económica, origen nacional o social. Este principio tiene que ver con la distribución equitativa del tiempo y los recursos para la atención de la salud de todos los miembros de la sociedad, por lo que es fácil entender que, en países con grandes deficiencias en la distribución de la riqueza, resulta complicado cumplir con este precepto. Referido a la investigación en seres humanos, la exigencia se encuentra en la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en actividades de investigación. Esto hace importante cuidar que no sea sólo una porción de un grupo social el que participe en el proceso de investigación; por ende beneficiando al resto con los resultados obtenidos, v. gr.: estudiar nuevos medicamentos exclusivamente en grupos marginados. De esto resulta la importancia de reconocer la incapacidad de una persona, como parte de un grupo social, de proteger sus propios intereses; esta incapacidad se define como vulnerabilidad. Ejemplos de esta situación se dan en personas que no pueden recurrir a otras formas de atención médica (de-

rechohabientes cautivos), que no pueden satisfacer necesidades básicas (pobreza extrema) o bien sean miembros, en un nivel inferior o subordinado, de un grupo jerárquico (estudiantes o militares). Todo acto médico, ya sea clínico o de investigación, debe proveer protección especial a estos grupos vulnerables.

Estos principios básicos son de carácter universal y han sido introducidos y puntualizados de manera más precisa a través de declaraciones y pronunciamientos hechos por parte de organismos internacionales. Ya se mencionó el Código de Nuremberg de 1947. Poco después, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, a la cual están suscritos todos los países miembros de dicha organización. Influidos por estos documentos, la Asociación Médica Mundial promulgó en 1964 una serie de “Recomendaciones para Orientar a los Médicos en la Investigación Biomédica con Seres Humanos”, misma que, a pesar de que ha sido revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Sudáfrica (1996), es conocida comúnmente como la Declaración de Helsinki por el sitio donde se llevó a cabo la reunión original. Como una evolución natural de esta Declaración, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, ha publicado las “Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos” (CIOMS/WHO, 1993).

Esta publicación considera 15 pautas generales en la conducción de investigación con seres humanos; de estas pautas, las primeras tres se refieren al consentimiento informado, a la información esencial que debe darse y a las obligaciones de los investigadores con respecto del consentimiento informado. Otro documento relevante es el generado por el Consejo de Europa como Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano en Relación a la Aplicación de la Biología y la Medicina, conocido como Convenio de Oviedo, en el cual nuestro país participa como observador permanente.

En México, estas consideraciones son tomadas en cuenta en la Ley General de Salud en el título quinto sobre Investigación para la Salud. En la fracción IV del artículo 100, se menciona la nece-

sidad de contar con el “consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación [...] una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud”. En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el artículo 20, aparece la definición de consentimiento informado:

Se entiende por consentimiento bajo información el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos o riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

En este sentido, el Consentimiento Informado es un término híbrido con dos componentes importantes: la palabra ‘informado’ destaca la obligación del médico-investigador de revelar la información adecuada, mientras que la palabra ‘consentimiento’ denota la respuesta del paciente-sujeto a dicha información provista. Resulta obvio que la información antecede al consentimiento y requiere, para empezar, de médicos informados e informadores. Por otro lado, el consentimiento requiere un estado tal de la persona que, al conocer la información, le permita adoptar una posición ante algo que se escoge y no solamente la aceptación de una práctica de manera obligada –v. gr.: no es igual solicitar la aceptación para someterse a un procedimiento, que solicitar una decisión sobre someterse o no someterse al procedimiento– De esta forma, si no existe la posibilidad real de haber disentido, el Consentimiento Informado deja de ser tal (Katz, 1997; Learning, 1997), esto tiene especial importancia al tomar en cuenta las situaciones de poder que se establecen en la relación paciente-médico y a las que hicimos referencia arriba.

Es indudable que la aparición del Consentimiento Informado en normas y reglamentos de carácter legal ha influido en que éste se haya instrumentado a través de formatos de aceptación parecidos a los contratos administrativos, en los cuales se asumen una serie de compromisos y obligaciones, a la vez que se delegan ciertos privilegios, propiedades o derechos. Estos formatos cumplen con la primera de las justificaciones anotadas en el párrafo anterior –protección al que interviene–, pero frecuentemente sos-

layan la segunda por razones múltiples que tienen que ver con el mismo objeto de la decisión, así como a limitantes sociales e individuales de la persona.

Por estas razones, es importante reconocer las limitaciones del formato de Consentimiento Informado y convertirlo en un proceso donde la comunicación bi-direccional entre el paciente-sujeto de investigación y el médico-investigador permita que afloren las dos condiciones que tanto la ética como el derecho reconocen para considerar una decisión como responsable: el conocimiento de aquello sobre lo que se decide y la libertad para tomar una decisión. En otras palabras, tanto el desconocimiento como las coacciones se convierten en obstáculos para lograr una decisión responsable, ya que limitan el protagonismo de las personas en su actuar cotidiano y pueden llegar a atentar contra sus derechos humanos básicos y constituir faltas legales. Esto obliga al análisis de los elementos que participan de manera importante en el proceso de Consentimiento Informado (Beauchamp & Faden, 1995; Ingelfinger, 1972), los cuales someramente son:

Información: este primer elemento resulta el más evidente y se refiere a la revelación de datos pertinentes a las acciones, sus motivos y sus consecuencias, que se pretenden efectuar sobre un individuo. Tiene que ver tanto con la capacidad de informar (revelación), como con la de captar dicha información de manera racional. Entran en tensión la visión y el marco lingüístico de quien da y de quien recibe la información. Es importante reconocer que, como gremio, por un lado, tenemos una tendencia muy clara a controlar la información que ofrecemos, mientras que, por el otro, subestimamos el deseo del paciente por conocer dicha información. La información entonces debe ser la mejor posible y estar adecuada al paciente-sujeto de investigación, a sus características y al entorno que le rodea. Las características especiales deben tomarse en cuenta para mejorar el proceso de entrega y asimilación de la información manejada. Esto obliga al médico-investigador a explorar el grado de comprensión logrado por parte del paciente-sujeto y adecuarse a la situación específica. A pesar de esto, no es infrecuente que se deje la obtención del Consentimiento Informado al personal menos capacitado para hacerlo: enfermeras, residentes, ayudantes o investigadores de baja jerarquía.

Es importante reconocer que es posible mejorar esta situación mediante el desarrollo de técnicas y habilidades de comunicación (Waitzkin, 1984); entregar información por escrito parece favorecer una mejor captación de la misma y de cierta forma apoya el uso de formatos para hacerlo (Lavelle-Jones *et al.*, 1993). En relación a esto último, es importante considerar que los anuncios, volantes, trípticos u otros documentos preparados con el objeto de reclutar e informar sobre el desarrollo de un estudio son parte integral del Consentimiento Informado. Finalmente, siempre quedará la posibilidad de que el paciente-sujeto comprenda poco la información proporcionada; sin embargo, por más imperfectos que sean nuestros intentos de revelar información, la persona entonces se percata de que está por someterse a algo y, al saberlo, puede rechazar la oportunidad si es que escoge hacerlo.

Voluntariedad: capacidad de la persona de adoptar una decisión de manera libre y autónoma, en ausencia de forzamiento, coerción o manipulación. Éticamente constituye el elemento mediante el que se respeta el principio básico de autonomía; requiere asegurar que la persona percibe que su participación no es obligatoria, que se encuentra al margen del interés y la necesidad, así como de la autoridad e influencia que ejerce quien propone el acto médico o de investigación y el disentimiento es una opción válida, sin la cual no se puede hablar de un proceso de consentimiento integral.

Riesgos y beneficios: resume la información sobre los beneficios esperados y los riesgos a los que se expone al paciente-sujeto de investigación para obtener esos beneficios, e incluye la ponderación del efecto que la propuesta pueda tener sobre el estilo de vida del paciente-sujeto de investigación.

Confidencialidad: este elemento es el que más participa en el desarrollo de la relación paciente-médico y tiene que ver con la confianza que se deposita en el médico-investigador.

Devolución de la información: se refiere a la retroalimentación que requiere el paciente-sujeto de investigación con respecto de lo que está sucediéndole, darle seguimiento al proceso clínico que sufre el paciente o a los avances del proyecto de investigación en lo que atañe a la participación del sujeto.

Utilidad del proceso de consentimiento informado: debe ser visto como algo intrínsecamente bueno, por lo que resulta necesario cuestionar y ponderar su utilidad.

Manejo de la fragilidad: este elemento tiene que ver con la fragilidad a la que se expone la persona que acepta un acto médico o de investigación, pero también de quien realiza dicho acto (médico-investigador).

Conociendo los objetivos, las bases y los elementos básicos del proceso de consentimiento informado, se puede comprender que pretender resumirlo en un formato resulta fútil. El proceso no termina con la firma de la carta de consentimiento; ni siquiera termina con la finalización del acto médico o de investigación. Es algo que trasciende todo esto. Sin embargo, se reconoce la utilidad de tratar de apoyarse en documentos escritos para la transmisión de la información necesaria para la toma de decisiones. De esta forma, se puede llegar a pensar que la instrumentación del consentimiento informado se realiza a través de formatos firmados. Estos, sin embargo, sólo constituyen la documentación del inicio de un proceso que supone una continuación a través de la relación que establece el médico-investigador con el paciente-sujeto de investigación.

La instrumentación final, y que de manera práctica toma en cuenta los elementos que conforman el Consentimiento Informado, es a través de la conversación. La manera ideal de comunicar y revelar información importante, y de percibir los deseos del paciente acerca del camino a seguir con respecto de su propia vida, es a través de la plática directa. La discusión con el paciente-sujeto de investigación acerca de riesgos, beneficios, alternativas e incertidumbres inherentes al trabajo de los médicos-investigadores, debe permitir que afloren y se organicen los valores desde el punto de vista del paciente-sujeto de investigación.

El consentimiento informado es visto generalmente como un proceso mediante el cual médicos e investigadores obtienen la aceptación de una persona para someterse o participar en un acto médico o de investigación. El presente escrito intenta modificar esta visión y dirigirla hacia una que promueva un proceso de comunicación y diálogo que le facilite a una persona tomar decisiones respecto de una acción, práctica o producto que repercute en su cuerpo, en su intimidad o en otros espacios vitales. Así, el

Consentimiento Informado intenta empoderar, restaurar el balance de poder en favor del paciente-sujeto de investigación, a través de una acción simple que históricamente había estado ausente: “tomarlo en cuenta”.

Referencias bibliográficas

- BEAUCHAMP, TL., Faden, RR., (1995). “Informed consent: II. Meaning and elements of informed consent”. En Reich WT, (editor). *Encyclopedia of Bioethics*. Rev. ed. Vol. 3. New York: Simon & Schuster Macmillan, p. 1240.
- CIOMS/WHO. (1993). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra.
- HORNBLUM, HA., (1997). “They were cheap and available: Prisoners as research subjects in twentieth century America”. *BMJ*, 315, 1437-1440.
- ILLICH, I., (1977). *Limits to medicine*. Harmondsworth: Penguin Books.
- INGELFINGER, F., (1972). “Informed Consent”. *N Eng J Med*, 287, 465-466.
- JINICH, H., (1995). “Daño iatrógeno en la relación médico paciente”. *Gac Med Mex*, 131, 545-550.
- KATZ, J., (1998). *Ethics and Philosophy Lecture: Reflections on informed consent: 40 years after its birth*. Regents Committee on Ethics. American College of Surgeons. EUA: Elsevier Science Inc.
- KRAUS, A., (2000). “La relación médico-paciente”. *La Jornada Semanal*, 281, 4-5.
- LAVELLE-JONES, C., Byrne, DJ., Rice, P., Cuschieri, A., (1993). “Factors affecting quality of informed consent”. *Br Med J*, 306, 885-890.
- LEANING, J., (1997). “Human rights and medical education”. *Brit Med J*, 315, 1390-1391.
- NULAND, SB., (1994). *How We Die*. New York, EUA: Alfred A. Knopf, 249-266.
- PÉREZ-TAMAYO, R.. (1991). *Notas sobre la ignorancia médica y otros ensayos*. México: El Colegio Nacional.

WAITZKIN, H., (1984). "Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research". *JAMA*, 252, 2441-2446.

COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, UN ENFOQUE GLOBAL

Manuel H Ruiz de Chávez

La investigación en salud con seres humanos puede definirse como cualquier práctica social o actividad biomédica o epidemiológica, que involucre la recopilación o análisis sistemático de información, con el propósito de generar nuevos conocimientos y en la que los sujetos de estudio:

- Son expuestos a manipulación, intervención, observación u otra forma de interacción con investigadores, ya sea en forma directa o a través de la alteración de su entorno.
- Son individualmente identificados por medio de la recopilación, preparación o uso de material biológico o de registros médicos o de otro tipo, por parte de los investigadores (Cash, 2014).

Si bien promete grandes beneficios, también conllevan riesgos importantes, por ello resulta fundamental que los profesionales de la salud se encuentren avezados con los aspectos éticos, sociales y jurídicos de su quehacer.

La investigación con seres humanos implica cuestiones que, en muchos casos, rebasan el ámbito de lo clínico y lo estrictamen-

te científico. Es por ello que habrán de mantenerse estándares científicos, éticos y legales a lo largo del proceso de investigación, a fin de asegurar la protección de la integridad y derechos humanos de los sujetos de estudio, así como de reducir al mínimo la posibilidad de su explotación.

Los investigadores están obligados, además de velar por la validez científica de sus estudios, a mantener un compromiso ético en la práctica, reflexionando acerca de las consecuencias que sus investigaciones puedan tener en las personas y en la sociedad. Asimismo, les permitirá potencializar los beneficios y reducir los riesgos ante los posibles conflictos éticos relacionados con la identidad humana, la autonomía, el respeto a la privacidad, la justicia social, las desigualdades socioeconómicas y la posible discriminación.

Ante situaciones de riesgo o incertidumbre, es fundamental contar con pautas y lineamientos éticos. En el ámbito de la investigación biomédica, el rol de la bioética no consiste sino en orientar el quehacer de los profesionales a la luz de principios y valores éticos con un enfoque interdisciplinario, que tome en consideración la dimensión cultural, normativa y social de un estudio clínico.

Esta multidisciplina no busca sino humanizar la práctica de la medicina, al promover un marco ético en la aplicación del conocimiento a los seres humanos, a fin de minimizar el riesgo para los sujetos de estudio.

La bioética, en este sentido, contribuye al desarrollo científico al promover entre los investigadores criterios de integridad profesional y responsabilidad social. Es preciso reconocer la complejidad del contexto en que se lleva a cabo la investigación científica, en el que intervienen intereses de tipo económico e ideológico. En tanto empresa humana, son múltiples los aspectos de esta actividad que implican consideraciones hacia la comunidad científica, la sociedad y, especialmente, los sujetos de estudio. La revisión ética de la investigación no debe considerarse como un freno, sino un mecanismo que garantiza la protección de los sujetos que en ella participan y contribuye a fortalecer el proceso de investigación.

La revisión ética, independiente de los proyectos de investigación que involucran seres humanos, es una norma obligatoria tanto en el ámbito nacional como en el internacional, cuya finalidad

consiste en asegurar el mayor grado de protección posible a los sujetos que participan en la investigación.

En el contexto global los Comités de Ética en Investigación (CEI) han sido establecidos como órganos permanentes e independientes que constituyen una infraestructura importante para fortalecer la investigación con apego a los principios éticos universalmente reconocidos. Estos Comités de Ética deben emitir informes y recomendaciones a partir de la evaluación de los protocolos para garantizar los procedimientos adecuados de consentimiento informado, la protección de las poblaciones vulnerables, la selección equitativa de los participantes y el cumplimiento de los derechos fundamentales.

En este sentido, es importante recordar que el surgimiento de los Comités de Ética en Investigación se concibió en el contexto de un movimiento global de protección de los derechos humanos y la integridad de las personas en el ejercicio de la biomedicina.

En las últimas tres décadas, países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, España y otros países de la Unión Europea, Argentina y Brasil, así como organismos internacionales que incluyen al Consejo de Europa (DH-BIO), Unesco, CIOMS, ICH, WHO, OPS y WMA, han emitido regulaciones, políticas y guías para la integración y el funcionamiento de los CEI, las cuales son actualizadas permanentemente mediante consultas y debates públicos. Asimismo, es importante considerar la actualización del 19 de enero de 2017 de la Regla Común en EE.UU. sobre la Política Federal para la Protección de Sujetos Humanos, en la que queda establecida la simplificación y mejora del proceso para la obtención del consentimiento informado –a través de un formato preciso con información enfocada en los riesgos y beneficios potenciales para los sujetos para que cuenten con mayores elementos en la toma de decisión–, como también las nuevas excepciones de categorías de investigación basadas en el perfil de riesgos.

En el caso de nuestro país, es en la Ley General de Salud en donde queda asentada la obligatoriedad de los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud; de contar con Comités de Ética en Investigación (CEI), en caso de realizar investigación con seres humanos; así como solicitar el registro ante la Comisión.

Con la finalidad de fortalecer la organización y funcionamiento de la Comisión Nacional de Bioética, se llevó a cabo un proceso

de modernización del marco jurídico de este órgano desconcentrado, que se cristaliza con la publicación el 16 de febrero de 2017 del Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea este órgano desconcentrado en el Diario Oficial de la Federación.

La relevancia de este suceso consiste en dar cumplimiento a los grandes retos, implicados en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, encabezado por el C. Secretario de Salud, Dr. José Narro Robles, como el fomento de la ética y la integridad científica en la investigación con sujetos humanos, así como la protección de los derechos humanos en salud. Asimismo, se establece la facultad de la Comisión Nacional de Bioética como organismo central en la estrategia de institucionalización de la bioética a nivel federal, con una función rectora, asesora y normativa.

La bioética representa en la actualidad un campo de conocimiento fundamental frente al desarrollo de la ciencia y la tecnología, como un elemento clave para armonizar el desarrollo tecnológico con la protección de los derechos fundamentales de las personas. Es por ello, que la Comisión Nacional de Bioética ha buscado conjuntar esfuerzos para el acercamiento de la bioética como conocimiento práctico y operante, indispensable para reforzar marcos éticos, legales y administrativos, generar políticas públicas en salud con enfoque de derechos humanos, y promover esquemas de protección, en particular, para usuarios de los servicios de atención e investigación en salud; así como para poblaciones en condición de vulnerabilidad. La Comisión Nacional de Bioética se mostrará siempre entusiasta en la construcción de puentes interinstitucionales para fortalecer la presencia de la bioética en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- AGAZZI, E., (1996). *El bien, el mal y la ciencia*. España: Tecnos.
- BIESDORF, S.; Florian Niedermann, (2014). *Healthcare's digital future*. 06/12/2016, Mckinsey & Company Disponible en: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/healthcares-digital-future>

- CASH, R. *et al* (eds.), (2014). *Estudios de caso sobre ética de la investigación internacional en salud*. EUA: OPS.
- FERN, R. (2003). *Nature, God and Humanity*. New York: Cambridge University Press.
- GONZÁLEZ, J., (ed.) (2009). *Filosofía y ciencias de la vida*. México: FCE/UNAM.
- _____, (2008). *Perspectivas de bioética*. México: UNAM-FFYL/FCE.
- JECKER, N. *et al.*, (2012). *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*. Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- JONAS, H., (1995). *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder.
- _____, (2001). *The Phenomenon of Life*. New York: Northwestern University Press.
- KOEPSSELL, D, Ruiz de Chávez, M. (2015). *Ética de la investigación, Integridad científica*. Ciudad de México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- MCNEILL, W. (2006). *The Time of Life*. EUA: State University of New York Press.
- O'HEAR, A., (ed.). (2005). *Philosophy, Biology and Life*. EUA: Cambridge University Press.
- RUIZ DE CHÁVEZ, M.; Jiménez, R., (eds.). (2015). *10th Global Summit of National Ethics/Bioethics Committees, Finding Paths though the World*. Ciudad de México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- RUIZ DE CHÁVEZ, M., Jiménez R., Koepsell, D., (eds.) (2015). *12th World Congress of Bioethics: Inspire the Future to Move the World*. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- TAMAR Sharon, (2014). *Human Nature in an Age of Biotechnology*. The Neetherlands: Springer.
- UNESCO (2010). *National Bioethics Commissions in action*. Francia: Unesco.
- WEISSTUB, D, Díaz Pintos, Guillermo, (Ed.) (2008). *Autonomy and Human Rights in Health Care*. The Netherlands: Springer/UCLM.

EVOLUCIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN MÉXICO

Areli Cerón Sánchez

El presente artículo tiene como finalidad dar una perspectiva general de la evolución, desde el punto de vista del marco normativo de los Comités de Ética en Investigación (CEI) en México, ya que son los órganos autónomos, institucionales, multidisciplinarios, plurales y de carácter consultivo que tienen el propósito de evaluar y dictaminar protocolos de investigación donde participan seres humanos para salvaguardar la dignidad, derechos y seguridad de los involucrados en el proceso, y enfatizar su protección (Secretaría de Salud/CONBIOÉTICA, 2016).

Como antecedente histórico la necesidad de implementar una evaluación ética en aquellos protocolos de investigación que involucran la participación de seres humanos surgió como resultado de los tropiezos de ética y ciencia (Ruiz de Chávez & Koepsell, 2015).

Desde el año 1984, México incluye la evaluación ética por un Comité de Ética en Investigación

La normatividad nacional desde la emisión en 1984 de la Ley General de Salud (LGS), que incluye un título V específico para establecer las generalidades para conducir investigación en salud en el país; refiere que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger,

promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. Así como para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en la LGS. Además de que *el desarrollo de dicha investigación debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación*, lo anterior en apego a las directrices internacionales referidas desde la década de los ochenta.

Así, toda investigación para la salud que involucre seres humanos y que se desarrolle en México deberá contar con el dictamen aprobatorio de un CEI, de conformidad con el artículo 14 fracción VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2012), siendo el CEI responsable de evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan, así como de elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud, debiendo dar seguimiento a sus recomendaciones (Ley General de Salud).

FIGURA 1: *Esquema general de evaluación ética por un CEI*

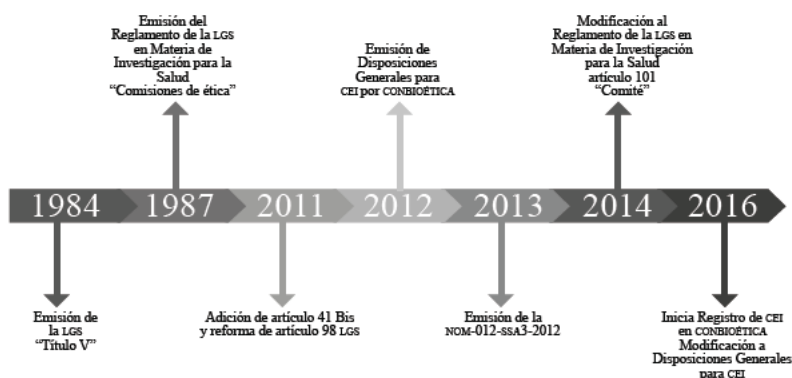


Fuente: elaboración propia.

Es de relevancia enfatizar que la evaluación ética ha sido operativamente implementada a través de la figura que actualmente

se denomina “Comité de Ética en Investigación”. El citado Comité ha recibido distintas denominaciones a nivel global y particularmente a nivel local, es así que en 1987, al emitirse el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la denominación referida (hasta la primera modificación del Reglamento en abril de 2014) (Diario Oficial de la Federación), fue la Comisión de Ética.

FIGURA 2: *Evolucion normativa del funcionamiento de los CEI en México*



Fuente: elaboración propia.

Impacto del marco normativo en México en los últimos seis años

Dada la indispensable evaluación ética de protocolos de investigación que involucra la participación de seres humanos y con el propósito de fortalecer el funcionamiento de los CEI en México, lo cual contribuye al desarrollo de investigación en salud de clase mundial y, al mismo tiempo, garantiza la protección de los sujetos que participan en ésta; el marco normativo mexicano dio un giro positivo y trascendental con importantes modificaciones en los últimos seis años, lo que dio como resultado el registro de los CEI por primera vez ante la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) que dio inicio el 11 de enero del 2016. En la figura 2, se

resumen los principales cambios normativos en México vinculados a los CEI.

El primer gran paso que resalta en los cambios normativos en México, desde el punto de vista ético y normativo, fue la reforma a la LGS de fecha 14 de diciembre de 2011 (artículo 41 Bis, fracción II, Bis, Ley General de Salud), a través de la cual se estableció que los CEI deben instalarse en los establecimientos de atención médica que lleven a cabo actividades de investigación en seres humanos, de acuerdo a su grado de complejidad y nivel de resolución del establecimiento, y que los CEI se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la CONBIOÉTICA.

Siendo la CONBIOÉTICA un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que promueve el estudio y la observación de los valores y principios éticos en la atención médica y la investigación en salud que incluye como una de sus funciones el promover que en los establecimientos de atención médica públicos, sociales y privados se organicen y funcionen CEI, con las facultades que les otorguen las disposiciones jurídicas aplicables, así como apoyar la capacitación de los integrantes de estos comités; era indispensable y globalmente reconocido incluir la participación de la Comisión Nacional en tan importante tarea de protección a los seres humanos que participan en investigación en salud.

En ese sentido, la CONBIOÉTICA publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 31 de octubre de 2012, el Acuerdo por el que se emiten las *Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética*, el cual tiene por objeto señalar los criterios para la integración y funcionamiento de los Comités que evalúan y dictaminan los protocolos de investigación en seres humanos (Diario Oficial de la Federación, 2012).

Inicia el registro del Comité de Ética en Investigación ante la CONBIOÉTICA

Derivado de los cambios normativos antes señalados se reformó el artículo 101 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud que establece que el regis-

tro del CEI se realizará ante la CONBIOÉTICA. Para instrumentar dicho registro fue necesario publicar en el Diario Oficial de la Federación el 11 de enero de 2016 el ACUERDO por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado el 31 de octubre de 2012.

Por lo anterior, a partir del 11 de enero del 2016 se inició el proceso de registro de los Comités de Ética en Investigación por primera vez ante la CONBIOÉTICA –anteriormente, la CONBIOÉTICA emitió un dictamen favorable que era un requisito para obtener el registro del CEI ante Cofepris–. A partir de esta fecha los dictámenes favorables que emitió la CONBIOÉTICA quedan sin efecto.

Principales funciones de los CEI en México

Los objetivos de los CEI pueden resumirse a través de tres funciones principales, referidas en la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CEI, que a continuación se enlistan:

Función resolutive: contempla evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos, formulando las recomendaciones de carácter ético que correspondan; así como solicitar la interrupción o suspensión de una investigación cuando amenace la integridad de los sujetos.

Función de control y seguimiento: contempla dar seguimiento a las resoluciones emitidas por el CEI, vigilando y asegurando la aplicación del marco jurídico vigente en materia de investigación en seres humanos; la protección de los participantes durante el desarrollo de la investigación; pretende informar a las autoridades competentes sobre las conductas que deberían ser sancionadas, así como asegurar que el investigador notifique a quien corresponda la ocurrencia de eventos adversos serios.

Función educativa: contempla la promoción de la capacitación permanente para los integrantes del CEI, particularmente en bioética y ética en investigación; así como definir estrategias edu-

cativas para el personal del establecimiento donde se conduce la investigación y los posibles sujetos en la investigación.

Concluyo esta breve explicación de los cambios en la normatividad mexicana que desde mi punto de vista han impactado favorablemente el actuar de los Comités de Ética en Investigación en México; sin embargo, el progreso de la ciencia y la tecnología va a la vanguardia, por tanto, la normatividad en la materia en todo momento debe hacer hincapié en la protección de los seres humanos que participen en investigación de la salud y así atender al cumplimiento de aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la población mexicana. Por lo anterior, será necesario homologar la normatividad actual, apegarla a las mejores prácticas internacionales y evaluar la posibilidad de emitir una única política nacional en la materia que no deje de subrayar la protección de los seres humanos.

Referencias bibliográficas

- DIARIO Oficial de la Federación, (2012). Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para los CEI, 31 octubre. _____, Ley General de Salud. Artículo 41 Bis, fracción II. _____, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- RUIZ DE CHÁVEZ. M. Koepsell, D., (2015). *Ética de la investigación, Integridad Científica*. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- SECRETARÍA de Salud/Comisión Nacional de Bioética. (2016). *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación*. 5ª ed.

ASPECTOS ÉTICOS A CONSIDERAR EN LA REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Arturo Galindo Fraga

La evaluación de los proyectos de investigación por un grupo independiente a quienes los desarrollan o patrocinan ha sido uno de los avances fundamentales del desarrollo de la bioética, entendida ésta en su concepto más amplio que nos dejó el siglo xx.

Desde sus primeras versiones hasta la última enmienda (Asociación Médica Mundial, 2013), la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ha formalizado muchos de los principios que actualmente norman la investigación biomédica. Entre sus recomendaciones, específicamente establece la necesidad del sometimiento de los protocolos de investigación para su consideración, comentario, guía y aprobación de un Comité de Ética, previo al inicio de los mismos.

En nuestro país, la conformación de estos Comités se establece bajo el marco jurídico de la Ley General de Salud (artículo 41 Bis, fracción II y 98), (Ley General de Salud), y son regulados por los criterios que establece la Comisión Nacional de Bioética, contenidos en la Guía Nacional para la conformación de los mismos (Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, 2016).

La Unesco establece como objetivo de los Comités de Ética en Investigación, en su Guía de Formación de Comités de Bioética (2005), el “Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédi-

cos, conductuales y epidemiológicos, susceptibles de ser generalizados”.

Sin embargo, la complejidad actual de la investigación en el área biomédica ha impactado directamente en las actividades de los Comités de Ética en Investigación, haciendo a su vez su tarea más complicada y extendiendo el impacto de esta protección, no sólo a los sujetos de investigación, sino también a los investigadores e instituciones en donde se desarrollan estas actividades.

No existen guías universales para la evaluación ética de los proyectos de investigación, en la cual además deben considerarse las regulaciones legales nacionales e internacionales, que no siempre coinciden en todos los aspectos.

Además, los aspectos éticos de un proyecto de investigación pueden ser tan amplios que exigen a los miembros de los comités que involucren y se refieran a varios principios éticos. Esto provoca que en ocasiones se encuentren conflictos entre ellos, cuando es parte fundamental, del ejercicio de la evaluación conjunta, el llegar al mejor balance entre los mismos. Además, dentro del contexto particular en que se vaya a desarrollar el proyecto, se tienen que hacer las recomendaciones pertinentes a los investigadores en vías de proteger al máximo a los sujetos de investigación.

A pesar de esto, existen puntos generales a tomar en cuenta en la gran mayoría de los estudios que se someten a evaluación. Ezequiel Emanuel, David Wendler y Christine Grady han propuesto algunos requisitos que un proyecto de investigación ético debe cumplir (Emanuel, Wendler, Grady, 2000). Posteriormente, plantearon algunos puntos de referencia que pueden facilitar la evaluación de los proyectos (Emanuel *et al.*, 2008).

La revisión de ambas referencias es de gran utilidad para establecer un abordaje estructurado. La Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, incluye una síntesis de los mismos (Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, 2016).

En este pequeño espacio enumeraré los principios éticos fundamentales para la protección de los sujetos, y cuáles son los requisitos que los cubren. Al final del texto encontrarán una tabla que ayudará a sintetizar esta información. La evaluación de estos aspectos al interior de los Comités garantiza una revisión integral.

Respeto por las personas

Normalmente incluye dos aspectos éticos complementarios. El primero, reconocer la autonomía, la capacidad de cada sujeto de tomar decisiones sin la injerencia o control de otros y la protección de quienes la tienen disminuida.

El proceso de consentimiento informado es uno de los puntos que más atención ha tenido en los últimos años en la evaluación de los proyectos de investigación. Si bien mucha de esta atención se centra en sólo uno de sus aspectos, que es el documento generado que registra el proceso, no debe minimizarse la necesidad que tiene el investigador de asegurarse de que este proceso continuará durante todo el tiempo que participe el sujeto.

En nuestra regulación nacional, el documento se divide en dos partes:

Información: el documento escrito es la base para la explicación verbal y discusión de los procedimientos, intervenciones, medicamentos, cuestionarios, estudios a realizar al ingresar a un estudio de investigación.

Otorgamiento del consentimiento: se basa también en el documento escrito, de tal forma que el investigador y el potencial sujeto intercambien información sobre las consecuencias de su decisión y las opciones que tiene en caso de no participar en el estudio. En menores de edad, este proceso se lleva a cabo con los padres o responsables legales, y para ello se debe preparar una forma de asentimiento, con información expresada en forma sencilla. En nuestro país se solicita se haga en la presencia de dos testigos imparciales, y se registran sus datos, además de las firmas.

En tanto a lo relacionado con la protección de los sujetos, debe revisarse que se tengan claramente establecidos los procedimientos para mantener la privacidad de estos, que exista una estrategia de seguimiento durante el estudio y se tenga la libertad para salir del mismo en cualquier momento de la participación.

Beneficencia y no maleficencia

Los investigadores son responsables de proteger a los sujetos del daño y hacer todos los esfuerzos para asegurar su bienestar. El Comité de Ética en Investigación debe verificar que, en el protocolo de investigación y consentimiento informado, queden claramente establecidos los riesgos a que se expondrían, los procedimientos implementados para el reconocimiento temprano de los mismos y, en su caso, las maniobras para resolverlos. Una parte importante, que en ocasiones pudiera parecer que es independiente de la evaluación ética de la propuesta es la discusión del valor científico de la propuesta.

Los Comités deben evaluar si una investigación pudiera exponer a los participantes a riesgos innecesarios, mayores o incluso causar daño, por un diseño científico poco riguroso o una estrategia de análisis inadecuada. Un proyecto con un mal diseño científico, una hipótesis banal, una muestra insuficiente, etcétera, de principio, es una investigación no ética. Si no todos, algunos de los miembros del Comité deben tener al menos nociones en diseño experimental y estadística que les permita esta evaluación.

Justicia

Este principio se refiere a la obligación de la igualdad en la distribución de los beneficios o riesgos de las maniobras o tratamientos a estudiar, además de ofrecerlos a una muestra representativa de toda la sociedad.

En el protocolo de investigación, la revisión de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación posibilita a los Comités determinar si estos permiten asegurar que sean las bases científicas, y no una característica particular o de grupo, lo que determine la selección de los participantes.

Por último, si bien no corresponde a un principio ético específico, Emanuel y cols. consideran como uno de los requerimientos a cumplir para que un protocolo de investigación sea ético, a la evaluación independiente; es decir, la evaluación del proyecto por un Comité de Ética en Investigación. Esta independencia asegura a los participantes y a la sociedad que se reduzcan al mínimo los potenciales conflictos de interés.

Sirva lo anterior como un resumen de algunos de los aspectos éticos a considerar en la revisión de los protocolos de investigación. Como se mencionó inicialmente, no existen criterios universales, y la revisión debe incluir además las particularidades legales y de procedimientos de cada país y centro de investigación. Sin embargo, el cumplimiento de estos requerimientos mínimos garantiza la seguridad de los sujetos, y puede dar certidumbre a los investigadores en la conducción de los mismos.

TABLA 1: *Principios éticos básicos, requerimientos de los proyectos de investigación a cumplir y ejemplos de puntos a evaluar por los Comités de Ética en Investigación*

Principio Ético	Requerimiento	Ejemplos de puntos a evaluar
Respeto por las personas (7) a) Autonomía/ dignidad. b) Protección de Grupos Vulnerables.	Consentimiento informado.	Dar a los sujetos información sobre: a) Propósito. b) Procedimientos. c) Riesgos potenciales. d) Beneficios. e) Alternativas a la participación.
	Respeto a los potenciales sujetos a incluir.	a) Asegurar la libertad para retirarse del protocolo. b) Proteger la privacidad a través de asegurar la confidencialidad. c) Informar a los sujetos de nuevos riesgos o beneficios. d) Informar a los sujetos de los resultados de la investigación. e) Mantener el bienestar de los sujetos.

Beneficencia/No maleficencia-Dignidad	Valoración de riesgos y beneficios.	a) Minimizar los riesgos. b) Maximizar los beneficios. c) Los riesgos deben ser proporcionales a los beneficios para el sujeto y la sociedad.
	Validez científica.	a) Diseño científico adecuado a la pregunta de investigación. b) Muestra suficiente o adecuada al diseño. c) Análisis estadístico coherente con hipótesis y diseño.
	Valor científico y social.	La investigación tiene que evaluar una teoría, intervención o tratamiento que mejore el bienestar de los sujetos o enriquezca el conocimiento científico.
Justicia	Selección equilibrada de los participantes.	a) Selección equilibrada de sujetos. b) Oportunidad a todos los grupos sociales de participar.
	Evaluación independiente.	Evaluación del proyecto de investigación, su metodología, población blanco, riesgos y beneficios, por un grupo de individuos plural y no relacionado con la investigación.
Modificada de 5 y 6		

Fuente: elaboración propia.

Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN Médica Mundial, (2013) Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica en Sujetos Humanos. Fortaleza, Brasil. WMA. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- CONSEJO de Europa, (2012). Comité Director de la Bioética. Guía para los Miembros de los Comités de Ética en Investigación.
- DIARIO Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Estados Unidos Mexicanos.

- EMANUEL, EJ., Wendler, D., Grady, C., (2008). “An Ethical Framework for Biomedical Research”. En Emanuel, EJ., Grady, C., (2008). Crouch, RA., Lie, RK., Miller, FG., Wendler, D., (eds.) *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. 1ª ed. EUA: Oxford University Press, 123-133.
- EMANUEL, EJ., Wendler, D., Grady, C., (2000). “What makes clinical research ethical?” *JAMA*. May 24-31, 283(20), 2701-2711.
- KOEPSSELL, D., Ruiz de Chávez, M., (2015). *Ética de la Investigación. Integridad Científica*. México: Comisión Nacional de Bioética.
- ORGANIZACIÓN de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), (2005). Guía no. 1. Creación de Comités de Bioética. Francia.
- SECRETARÍA de Salud/Comisión Nacional de Bioética, (2016). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación*. 5ª ed. México.

PARTE VII
ENCUENTRO BIOÉTICO: CONVERSACIONES

ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Conversación con
David Kershenobich Stalnikowitz

CONBIOÉTICA: Como Investigador Emérito Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores, y de acuerdo con sus propias experiencias, ¿cuáles son las pautas éticas indispensables que se deben seguir en todo proceso de investigación con seres humanos?

David Kershenobich Stalnikowitz (DKS): La investigación científica está regida por una serie de normas y principios internacionales, entre los diversos aspectos que se consideran de esta práctica; destacan principalmente la necesidad de tener un protocolo registrado, con la aprobación de un Comité de Ética en Investigación institucional; así como el “consentimiento informado” del paciente o del sujeto que va a ser motivo de investigación. Además, hay que considerar normas de calidad de cada uno de estos aspectos; las reglas para la integración de un protocolo, así como un aspecto muy importante; además de la firma y el consentimiento que es la vigilancia del sujeto que está en investigación y el seguimiento posterior al caso. En términos generales, estos representan los principales criterios para cumplir con las reglas internacionales.

CONBIOÉTICA: Con base en sus puntos de vista, ¿a qué desafíos bioéticos pueden enfrentarse los investigadores en el ejercicio de sus funciones?

DKS: Se pueden enfrentar a distintos aspectos éticos, algunos son los que están normados, que ya comenté, y en otros casos pueden dejarse llevar por el entusiasmo y perder quizá la objetividad del propósito de una investigación con humanos; entonces son variables los aspectos éticos involucrados, pero yo diría que una consideración muy importante es la honestidad del investigador, tanto en la realización del protocolo como en la información que le va a proporcionar al sujeto que se presta a la investigación. Yo creo que la objetividad y la honestidad son aspectos cardinales en esta práctica.

CONBIOÉTICA: Respecto del Seminario de Investigación Interdisciplinaria en Biomedicina de la UNAM en el que usted participa actualmente, ¿de qué manera se abordan los temas de bioética y de ética en investigación?

DKS: Es muy importante deliberar acerca de los aspectos éticos de una investigación, evaluar bien los riesgos, poder definir los criterios si se trata de un estudio fase uno, fase dos o fase tres, en qué entorno se debe llevar a cabo la investigación, si hospitalaria o como externo, dependiendo muy bien de los riesgos. Cada protocolo de investigación plantea situaciones distintas, no es lo mismo probar un fármaco en un protocolo fase cuatro que ya viene respaldado por muchas observaciones, que uno en fase temprana, puesto que implica una serie de riesgos que incluso pueden ser impredecibles. El investigador tiene que estar pendiente de su protocolo, así como realizar un seguimiento adecuado de los sujetos.

CONBIOÉTICA: Con base en su propia visión del arte médico, ¿cuáles fueron las motivaciones que lo llevaron a estudiar Medicina Interna y Gastroenterología?

DKS: Después de terminar la preparación de médico general, la motivación de estudiar medicina interna fue la posibilidad de continuar con la enseñanza y con el aprendizaje. Al poco tiempo de comenzar con el estudio de la medicina interna, desarrollé un gusto por la rama de la gastroenterología y la hepatología. Esta motivación continúa al día de hoy con el aprendizaje, y se ha profundizado en particular en algunos temas de la medicina. ¿Por qué medicina interna y gastroenterología y, por ejemplo, no cirugía?, pues tiene que ver con esto de la relación médico paciente, el reto diagnóstico, entre otras cosas que uno va aprendiendo y que le van interesando.

CONBIOÉTICA: ¿Qué aspectos de la relación médico paciente llamaron su atención?

DKS: La relación médico paciente es uno de los aspectos centrales de la práctica de la medicina, yo creo que no hay otra profesión que permita tener más contacto social o contacto personal con un individuo que la profesión del médico con su paciente y en la medida que uno tenga presencia y se comprometa en conocer, no únicamente al paciente, sino también el entorno en el que funciona. Hay muchas profesiones que no tienen esta riqueza de comunicación y en este caso es muy particular. Ahora es fundamental establecer esta relación con ética, pues es algo imprescindible en la práctica de la medicina.

CONBIOÉTICA: ¿Cuáles han sido los objetivos detrás de sus investigaciones sobre el hígado?

DKS: La cirrosis hepática es una de las principales causas de muerte en el país, pero desde el punto de vista científico esta enfermedad significa la etapa terminal de una serie de insultos sobre el hígado, que acaban conduciendo al desarrollo de una enfermedad terminal en un órgano con una gran capacidad de regeneración. Esta situación plantea inquietudes desde el punto de vista de la investigación.

Un aspecto importante al hacer investigación es no sentirse presionado, además de dejarse llevar por la curiosidad. Tomando en cuenta la importancia de los nuevos conocimientos e innovaciones en favor de la salud humana, la investigación biomédica en México se puede abordar desde distintos puntos, uno importante es que la investigación debe ser original y no repetitiva, con un planteamiento adecuado de una hipótesis que contribuya al avance científico. Otro aspecto son los recursos económicos y las facilidades técnicas para poder llevar a cabo la investigación.

Es fundamental elaborar un protocolo claro, donde por lo menos haya un diseño adecuado que permita alcanzar conclusiones y se pueda aterrizar parte de la investigación, independientemente de que durante el proceso surjan nuevas dudas e inquietudes. Un aspecto muy importante de la gente más joven en el ámbito de la investigación tiene que ver con la tutoría, esto es, contar con alguien que lo acompañe y asesore sobre los diversos aspectos de esta práctica.

CONBIOÉTICA: ¿Qué acciones podrían tomarse para fortalecer el vínculo entre los investigadores y los pacientes, así como mejorar el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación?

DKS: En cuanto al funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, lo importante es que la integración de los mismos esté hecha con base en una selección de gente comprometida con la protección de los sujetos de investigación. Asimismo, es fundamental que sea gente con la capacidad de escuchar al resto de los miembros del Comité, es decir, que tenga capacidad de diálogo, de crítica, de escuchar y estar abierto a ideas y opiniones porque la función de un Comité de ética es la deliberación y búsqueda de consenso. Respecto del fortalecimiento de la relación de los investigadores y los pacientes, yo diría que con un adecuado seguimiento y apego a las normas y la buena práctica clínica de la investigación.

BIOÉTICA, DERECHOS HUMANOS Y VULNERABILIDAD

Conversación con
Ruth Macklin

CONBIOÉTICA: Se siguen realizando esfuerzos por impulsar el respeto a los derechos humanos a escala global, ¿cuáles son las principales dificultades para fomentar el respeto a los derechos humanos en diversas culturas?

Ruth Macklin (RM): Las costumbres tradicionales son muy fuertes en muchas culturas. Es difícil cambiar dichas costumbres, especialmente donde los líderes son poderosos. Además, existe una creencia en algunas comunidades de que los derechos humanos son inventos de la sociedad moderna y “occidental” y por eso no pertenecen a las culturas tradicionales. Estas creencias son barreras para reconocimiento a los derechos humanos.

CONBIOÉTICA: Hay comunidades en las cuales, aunque haya un arraigo de los derechos humanos, no se respetan todos los miembros, como ocurre con las mujeres en algunos casos, ¿qué repercusiones tiene para una sociedad limitar el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres?

RM: Es verdad que algunas sociedades tradicionales frecuentemente limitan los derechos humanos de las mujeres. Esto existe aun en países que han firmado y ratificado el tratado CEDAW (por sus siglas en inglés), Convención de las Mujeres de las Naciones Unidas. Un ejemplo es el ritual de “mutilación femenina”. La Organización Mundial de Salud (OMS) considera a este ritual como una violación de los dere-

chos humanos de las mujeres. Un buen indicio es que en algunas sociedades de este tipo las mujeres más jóvenes se rehusan a participar en este ritual con sus niñas.

CONBIOÉTICA: ¿Cuál ha sido el uso del término “dignidad humana” y qué noción es la más acertada?

RM: El término “dignidad humana” no tiene un significado claro. A veces, es utilizado como un sinónimo de “autonomía”. También se usa a veces como una respuesta para detener un argumento. No es claro a cuáles entidades pertenece el término: ¿a los embriones?, ¿a la especie humana entera? No obstante, a pesar de su ausencia de claridad, el término sigue siendo utilizado en los documentos y declaraciones de las Naciones Unidas.

CONBIOÉTICA: Existen diversas consecuencias en la salud de la población cuando la violencia permea en una sociedad. En México continúa existiendo violencia contra las mujeres, según una encuesta de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), 63 de cada 100 mujeres de 15 años y más ha experimentado al menos un acto de violencia emocional, física, sexual, económica o patrimonial. ¿Cuál es la relación entre violencia, enfermedad y salud en una población?

RM: Responder a esta pregunta es muy problemático. Creo que es una pregunta más pertinente a las ciencias sociales que a la bioética. Si la violencia existe como una parte integral de una sociedad, es muy difícil erradicar. Se requiere que las autoridades hagan un esfuerzo grande para combatir la violencia doméstica y en las calles. Pero, si existen un problema de corrupción dentro estas autoridades, no es probable que la situación pueda mejorar.

CONBIOÉTICA: ¿Qué es la vulnerabilidad y a quién se considera una persona en situación de vulnerabilidad?

RM: En general, la vulnerabilidad es una debilidad de alguno tipo. Existen varias características y situaciones que pue-

den hacer vulnerables los individuos o grupos. Los siguientes son las situaciones principales: falta de capacidad de decidir por parte de las personas, u otras cosas necesarias para proteger sus intereses; y un aspecto de sus circunstancias impide que otras personas cuiden sus intereses y por eso, las personas llegan a ser vulnerables.

CONBIOÉTICA: Desde su perspectiva, ¿existen grados de vulnerabilidad?, ¿por qué?

RM: Estoy de acuerdo con un punto de vista articulado por la filósofa y bioeticista Florencia Luna: la doctora Luna propuso la idea de “capas de vulnerabilidad.” Los ejemplos de la doctora Luna ilustran esta idea. Las mujeres sin poder político o dentro sus casamientos (una capa); las mujeres “pobres” sin poder político o dentro sus casamientos (dos capas); las mujeres “pobres” sin poder dentro sus casamientos, “embarazadas no deseadas, y viviendo en un país en el que se prohíben abortos” (tres capas). Es claro que las mujeres en estas situaciones tienen grados diferentes de vulnerabilidad.

CONBIOÉTICA: Frecuentemente se confunde la vulnerabilidad con la explotación y el daño, ¿cuál es la diferencia entre éstas? y ¿por qué la vulnerabilidad es un tema tan relevante en bioética?

RM: La vulnerabilidad es una condición permanente o temporal de las personas o los grupos. Estas personas o estos grupos no pueden ser explotados o dañados cuando reciben protecciones apropiadas en sus situaciones. La explotación involucra tratamiento injusto a las personas o a los grupos. La explotación no es una condición, sino que es una acción por parte de un individuo o un grupo que tiene más poder que las personas o los grupos que son explotados. La vulnerabilidad es relevante en bioética a causa de las diferencias en poder entre los pacientes y los médicos, y entre los sujetos de una investigación y el investigador. Por eso, hay que asegurar que existan protecciones apropiadas para pro-

teger los intereses de los pacientes y los participantes en las investigaciones.

CONBIOÉTICA: Respecto de la ética de la investigación, ¿en qué sentido es aceptable involucrar a población en situación de vulnerabilidad?

RM: Es importante involucrar a poblaciones vulnerables en las investigaciones para descubrir tratamientos u otras intervenciones que puedan beneficiarlas. Es aceptable involucrar a población en una situación de vulnerabilidad en una investigación cuando las protecciones especiales son garantizadas. Estas protecciones dependen de la situación particular de vulnerabilidad. Por ejemplo, los niños y los adultos sin capacidad no pueden decidir a favor o en contra de participar en una investigación. Necesitan decisiones de sus padres o un tutor. Los pobres que son participantes, deberían recibir beneficios de las investigaciones después de que sean concluidas. Es una responsabilidad de los comités de ética asegurar que poblaciones vulnerables sean protegidas en una manera relevante al tipo de la vulnerabilidad.

CONBIOÉTICA: ¿De qué manera se podrían balancear los beneficios y el acceso a medicamentos en países en vías de desarrollo que participan en las investigaciones?

RM: Las guías de ética dedicadas a las investigaciones multinacionales tienen pautas relacionadas a esta pregunta. Yo estoy de acuerdo con las pautas que abordan este tema. Por ejemplo, la Declaración de Helsinki dice: “Una investigación con un grupo vulnerable es justificada solamente si la investigación responde a las necesidades o las prioridades de este grupo y no puede ser realizada en un grupo que no está vulnerable. Adicionalmente, este grupo debería estar en una posición de recibir beneficios desde el conocimiento, las prácticas o las intervenciones que son resultados de la investigación” (párrafo 20).

Dentro de las Pautas de CIOMS, la número dos lleva por título *las investigaciones realizadas en los contextos con recursos bajos*, que dice: “[...] los investigadores, y la autoridad relevante de la salud pública deben asegurar que la investigación responda a las necesidades de salud o las prioridades de las comunidades o las poblaciones donde se realizará la investigación. Los patrocinadores y los investigadores también deben hacer todos los esfuerzos, hacer disponible tan pronto como posible cualquier intervención o producto y conocimiento que resulta a la población o a la comunidad donde se realiza la investigación.”

CONBIOÉTICA: ¿Qué mecanismos existen para evitar la explotación de la población de países en vías de desarrollo en estudios multicéntricos?

RM: Esta tarea es primeramente la obligación de los comités de ética en las investigaciones. El papel principal de los comités de ética es proteger los derechos y el bienestar de los sujetos y la población entera que son involucrados de las investigaciones. Los comités pueden ayudar para instituir participación comunitaria en la planificación, la conducta y la supervisión de la investigación, integrando los resultados de la investigación en el sistema de salud. Los miembros de los comités de ética deben tener una formación adecuada para realizar estas funciones.

CONBIOÉTICA: En relación con la reproducción humana, ha existido un avance en el reconocimiento de la toma de decisiones de las mujeres en torno a su cuerpo— En su opinión, ¿cuál es el principal argumento para sustentarlo?

RM: Creo que ha existido un avance; sin embargo, hay mucho espacio para mejorarlo. En algunos lugares, el rol del esposo de la mujer permanece prominente. También las decisiones de los médicos pueden superar los deseos de las mujeres. El principal argumento se basa en el principio ético, respeto por la autonomía de las personas. Este principio fundamental aplica igualmente para las mujeres que los

hombres. Es consagrado en el documento de los derechos humanos “CEDAW-La Convención de las Mujeres”, que el respeto por los derechos es igual tanto para las mujeres como para los de los hombres.

CONBIOÉTICA: ¿Considera necesaria la existencia de Comités Hospitalarios de Bioética especializados en reproducción humana asistida? ¿Por qué?

RM: La existencia de Comités Hospitalarios de Bioética especializados en reproducción asistida es una buena idea. Este tipo de comité puede discutir varios asuntos controvertidos que surgen en la práctica de reproducción asistida. Es probable que surjan algunos desacuerdos entre los miembros de dichos comités. Es importante que las bioeticistas sean miembros de estos comités. Todos los puntos de vista deberían ser discutidos, y el proceso puede ayudar a los médicos cuando enfrentan dilemas éticos.

CALIDAD DE VIDA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Conversación con
Silvia Allende

CONBIOÉTICA: ¿Cuál es el impacto que ha tenido el aumento de enfermedades crónico-degenerativas para la sociedad y el Sistema Nacional de Salud?

Silvia Allende (SA): El impacto es considerable, tomando en cuenta que cada vez está lográndose un mayor avance en la tecnificación del tratamiento, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de ciertas enfermedades que en los cincuenta eran mortales como son, por ejemplo, todas las relacionadas con infecciones, además de que había una elevada tasa de mortalidad materno-infantil. Ahora estamos observando una creciente desaceleración de los nacimientos y, por tanto, está aumentando el número de personas que alcanzan la vejez, así como la esperanza de vida en nuestro país y en el mundo, en general.

Ante este proceso de envejecimiento, por supuesto que nos estamos enfrentando a un nuevo reto, que es el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas degenerativas. Estamos viendo un aumento importante en los casos de enfermedades cardiovasculares con las debidas complicaciones –la OMS determina que más o menos un 39% de la población presenta este tipo de enfermedades–, así como de distintos tipos de cáncer; sin embargo, también es importante considerar el VIH sida, la diabetes, hipertensión, accidentes vasculares cerebrales, entre otros. El sistema de

salud mexicano está diseñado básicamente a nivel hospitalario para la atención de los pacientes agudos, por ello al tener pacientes crónicos, ante la carencia de programas para este tipo de pacientes, se genera un impacto social negativo.

La OMS, con base en el crecimiento enorme de estas enfermedades, está invitando a los gobiernos a desarrollar más áreas de cuidados paliativos para poder integrar a este grupo de personas. En España, por ejemplo, se tienen programas muy exitosos para pacientes con vejez saludable, esto es que no están enfermos, pero que simplemente por tener vejez son candidatos a cuidados paliativos.

Se ha visto también que cuanto mayor es la participación de este tipo de cuidados en el sistema de salud, se desmotiva a la sociedad para tratar temas como la eutanasia, puesto que en ocasiones ésta se percibe como una salida fácil o rápida para evitar un sufrimiento. La sociedad en este aspecto ha cambiado, ahora se tiene menor resiliencia para el sufrimiento.

El sistema hospitalario actual actúa para los pacientes agudos; sin embargo, ello implica importantes deficiencias. Consideremos el caso de una enfermedad crónica que se agudiza: un paciente viejo que por la época estacional repentinamente contrae neumonía, recibe el tratamiento y regresa a la sociedad; sin embargo, queda cierto grado de afectación por la misma edad y la patología que sufrió, por ello es importante que la atención brindada sea continua.

En el país desafortunadamente no hay un buen sistema de epidemiología, ya que la medición sólo se hace por medio de casos fallecidos por una enfermedad. Es por ello que no se puede conocer el número de pacientes activamente con cáncer en el país, pero sí de la mortalidad, es decir, cuántos murieron el año pasado y cuáles son las patologías más frecuentes conforme a las cifras de fallecimientos. No obstante, la OMS en un reporte reciente hace énfasis en que a nivel mundial el 39% de las personas que requieren cuidados paliativos presentan enfermedades cardiovasculares, el 34% cáncer, el 10% problemas de neumopatías –esto es

gente que fumó o que tiene afecciones pulmonares–, el 6% VIH sida, 5% diabetes, entre otros.

Estas son las personas que necesitan cuidados paliativos en forma urgente; sin embargo hay muchas otras enfermedades que están aumentando y que no son menos severas que las que se han comentado: las enfermedades neurológicas –como el Alzheimer– y las enfermedades paralizantes ascendentes, que deterioran sumamente la calidad de vida; sin embargo, los sistemas de salud actualmente no están asumiendo el cuidado del enfermo de manera integral, sino que se realiza en el seno familiar. Hay una falta de cobertura importante en los sistemas de salud hacia esas personas, que desde mi punto de vista son las más vulnerables, las que deberían tener más apoyo.

CONBIOÉTICA: ¿Qué son los cuidados paliativos y en qué consisten?

SA: Son los cuidados activos, totales y globales que se brindan a aquellos pacientes que no tienen una posibilidad razonable de cura ante una enfermedad. La gran mayoría de las enfermedades que se atienden en el sistema de salud son crónicas, como las que ya se mencionaron, pero ocasionalmente son enfermedades que conllevan la muerte en algún momento; sin embargo, que durante la estadía de la enfermedad se brindan estos tratamientos y son muy benéficos para el sistema de salud, ya que son económicos en el aspecto de que se pueden brindar en casa, no tendría que estar el paciente internado u hospitalizado. Otro aspecto importante es que cualquier profesional de la salud los puede brindar, aunque habitualmente son equipos que comprenden médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Cualquiera que esté relacionado y tenga una capacitación, incluso voluntarios, pueden realizar visitas periódicas a la casa del enfermo para mejorar aspectos de los cuidados paliativos, que son físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Entonces, hay cabida para que los profesionales de la salud, independientemente de su formación, puedan brindar estos cuidados que fundamentalmente provienen de calidad de

vida. Una definición breve sería, “los cuidados de confort y bienestar para el paciente y su familia”, que es otro aspecto a destacar, ya que el paciente y familia son considerados como un binomio inseparable.

Si uno trata únicamente al paciente y se deja fuera a la familia, en el momento en el que el paciente no puede decidir, se complica todo innecesariamente. Una familia sin antecedentes o conocimiento, en un momento en que el paciente se encuentre incapacitado, puede proceder contra su voluntad y derecho, como recurrir a terapia intensiva y permitir maniobras avanzadas de resucitación, cuando el paciente realmente no lo quería. Lo importante es unir al binomio y no separarlo.

CONBIOÉTICA: ¿Qué métodos hay para evaluar la calidad de vida?

SA: La calidad de vida es un estándar que nació en oncología, los estándares más básicos tienen que ver con funcionalidad, esto es qué tan capaz es el paciente de valerse por sí mismo. Las escalas más rudimentarias, que se usan al día de hoy, van en ese tenor y son la escala de Karnofsky y la escala ECOG. Están evaluadas del 0% al 100% de actividad. El máximo implica la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias sin ningún tipo de soporte. Permanecer en reposo la mitad del día más o menos, implica 50%, o que el traslado suponga algún tipo de apoyo (silla de ruedas, bastón), así como asistencia al realizar actividades básicas como vestirse, bañarse o alimentarse. Implica el fallecimiento 0%.

Quienes llegan a tener cuidados paliativos normalmente se encuentran entre 40% y 50%, en general llegan bastante debilitados. De ahí ha venido la asociación europea que ha diseñado instrumentos para que el oncólogo pueda medir la calidad de vida basado en los tratamientos, para ello es necesario registrar cómo se encontraba el paciente desde el punto de vista psicológico, físico, social y de nivel de actividad física antes, durante y posterior al tratamiento.

La gran mayoría de las escalas de calidad de vida ayudan a evaluar el impacto de los tratamientos. Hay mediciones que son muy extensas como la que se desarrollaron en San Francisco, la SF-36, hasta los de la Asociación Europea de Oncología (ESMO, por sus siglas en inglés), que tienen cuestionarios de calidad de vida para pacientes con cuidados paliativos que contienen quince reactivos, muy breves, pues finalmente se diseñaron para pacientes en situación de vulnerabilidad, que no siempre pueden leer muy bien o se encuentran fatigados. Estos instrumentos son muy útiles para actuar sobre parámetros más sólidos.

Medir calidad de vida fuera del estándar de salud es realmente un tema político, esto es qué tanta calidad de vida se tiene en función de los servicios públicos del área donde se vive. Es tan complejo, sin embargo, tanto dentro como fuera del campo de la salud, ya que el parecer del paciente ante la enfermedad y el tratamiento es importante. El impacto social también es un factor considerable, especialmente en el caso de nuestro país en el que encontramos todavía pensamiento mágico y estigmatización. Hay aspectos sociales que se interponen a la atención paliativa, relacionados con valores o estilos de vida; muchos de nuestros usuarios llegan pensando que su condición es un castigo por una mala vida o que, al no poder acceder al tratamiento, su destino estaba preestablecido. Nosotros en la práctica cotidiana debemos lidiar con estas situaciones.

CONBIOÉTICA: ¿Cómo puede evitarse la obstinación terapéutica?

SA: La obstinación se evita fundamentalmente siguiendo las recomendaciones de la OMS, que establece que los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica o con una enfermedad potencialmente mortal deberían, desde el momento del diagnóstico, recibir cuidados paliativos. Si la enfermedad tiene tasas de curación elevadas, entonces la participación del cuidado paliativo sería condicionada. En ese aspecto, la participación de CP se limita básicamente a brindar información, decirles: “¿sabe qué son los cuidados

paliativos?, si usted presentara síntomas que no pueden ser aliviados por sus médicos tratantes; ha pensado dejar el tratamiento porque cree que la enfermedad aunada al tratamiento deteriora la calidad de vida, o más aún; piensa que la enfermedad tiene un pronóstico muy malo y no quisiera someterse a tratamientos avanzados al final de la vida; puede recurrir a cuidados paliativos y no estaría solo.” Desde ahí podría evitarse el encarnizamiento.

Esto puede ocurrir principalmente por dos razones: que el médico trabaja sin un equipo terapéutico, o bien porque la gran mayoría de la población y sus familiares desconoce los procesos terapéuticos, o los procesos de pronóstico y diagnóstico.

En muchos casos, el médico actúa por inercia. Cuando quien debe decidir no ha establecido por escrito que no quiere maniobras al final de la vida, sino que es la familia quien toma la decisión. Esta situación se mejora con la comunicación, empoderando al paciente para que tome sus decisiones, desde el momento que se hace el diagnóstico, brindando educación a la familia y soporte al equipo terapéutico. Es necesario aclarar quién decide el tratamiento y cuál es el protocolo de manejo una vez que el paciente ya no tiene una capacidad razonable de respuesta al tratamiento. En muchos casos, el médico también se siente responsable, entonces continúa con el tratamiento aun a sabiendas de que no tendrá un impacto significativo sobre la vida del paciente. En este sentido, los tratantes, el enfermo y la familia deben tener acceso a consultoría en cuidados paliativos, como una salida razonable y digna a los problemas de la fase avanzada de una enfermedad terminal.

CONBIOÉTICA: ¿En qué consiste el trabajo que se lleva a cabo en el INCAN?

SA: Tenemos una unidad modelo a nivel nacional, que desde el 2010 a la fecha opera de manera autónoma, con presupuesto, personal y área física independiente; sin embargo, hay que recordar que anteriormente estaba enlazada con la clínica del dolor. Había entonces un

entendimiento incompleto de las necesidades de pacientes terminales, las recomendaciones de la OMS hasta 1991 establecían que en el estándar de cáncer, la prioridad era la prevención, detección oportuna, tratamiento del cáncer y alivio del dolor. Aquella iniciativa se emitió por los ochenta y perduró hasta los noventa, posteriormente se modificó el estándar, se mantuvo la prevención del cáncer –mediante la promoción de estilos de vida saludable–, detección oportuna, tratamiento activo, pero se incorporaron los cuidados paliativos al cobrar conciencia de que los pacientes al final de la vida no solamente tenían un único síntoma: el dolor, que impacta significativamente sobre la vida del paciente, sino múltiples cuestiones –físicas, psicológicas, sociales y espirituales– que debían ser abordadas por un equipo multidisciplinario.

Ha habido un crecimiento enorme, ahora se ha convertido en uno de los servicios claves para el hospital. En principio, los pacientes ya no son dados de alta por máximo beneficio, ya se abandonó la mentalidad de que “no hay más qué hacer y váyase a su casa a morir”. Esto representaba un problema porque al dar de alta a un paciente en estas condiciones, regresaban al primer nivel de atención, y el médico general al enterarse de que en el INCAN no se le pudo brindar atención, se invalidaba a sí mismo y se agobiaba por estos casos. Ahora se cumple la función de reinsertar al paciente a su estándar de primer nivel de atención en comunicación con el médico primary, dando a conocer el plan de atención de cuidados paliativos y brindando educación acerca de la medicina paliativa y los métodos que se deben emplear hasta el final de la vida; asimismo, se atienden las dudas o preguntas que pudieran surgir, vía telefónica o a través de un familiar.

En muchos casos regresan pacientes del primer nivel porque todavía no hay en el país una buena penetración de los analgésicos que alivian el dolor severo como la morfina y sus derivados. En ocasiones, el médico general nos deriva al familiar para que desde el instituto se emitan prescripciones para un mes o más y poder cobijarlo durante todo el proceso de estancia en su domicilio.

Éste es un modelo muy interesante que apuesta por la calidad de vida y la calidad de muerte, que es uno de los indicadores que manejamos, y que tiene un gran impacto social. Vemos cómo las familias, una vez que el paciente fallece, retornan a esta unidad, como lo dicta el esquema de la OMS, para la atención del duelo, y hablamos de temas tan importantes como “¿tú qué harías para no repetir la historia que vivieron?”, entonces volvemos a los principios de prevención, estilos de vida saludable, detección oportuna de las enfermedades, tratamiento oportuno y esto dará lugar a una historia virtuosa. Para nosotros es muy importante hacer esa terapia de cierre y duelo para que estos usuarios regresen a la sociedad satisfechos con la atención brindada en los hospitales, tanto al paciente como a los familiares, conscientes de la importancia de estos cuidados y con el gusto de haber acompañado a su familiar durante todo el proceso, que es un proceso normal, pues finalmente todas las personas habrán de morir, pero el punto de quiebre es cómo, dónde, cuándo y quién cuidará de uno. La importancia para el país de este departamento consiste en ser una unidad modelo y capacitadora, que cumple una función social muy importante en cuanto a transmisión de los conocimientos de la investigación y, por supuesto, también de la asistencia de casos. Para mí representa la joya de la corona de la Secretaría de Salud. Nuestro modelo a nivel internacional está muy bien posicionado y referenciado.

CONBIOÉTICA: ¿Cuál ha sido su papel en el desarrollo de los cuidados paliativos al interior del sistema nacional de salud?

SA: He participado desde todos los puntos de vista, uno que me interesa profesionalmente es la educación. Yo provengo de una familia de educadores y comparto esa vocación. Con la UNAM he colaborado desarrollando desde diplomados para médicos de primer contacto, para profesionales con especialidad hasta programas y cursos de alta especialidad. Actualmente estamos trabajando muy de cerca con la Secretaría de Salud y la UNAM para la formulación de una especialidad de medicina paliativa. En el aspecto de pregrado,

igualmente ha habido planes para penetrar en la gente joven y que cuenten con las nociones básicas de los cuidados paliativos, incorporados desde las aulas.

En el aspecto de leyes y reglamentos también he podido participar con los directivos de la Secretaría de Salud para la formulación de la ley, el reglamento y la norma oficial mexicana, que es muy reciente. A partir de un pedido especial que ha hecho la Secretaría de Salud y el subsecretario Eduardo González Pier al Consejo de Salubridad, he participado muy activamente con el doctor Leobardo Ruiz para que se formulara en tiempo récord un acuerdo de cuidados paliativos de este segmento. Se convocaron a varios expertos, el instituto estuvo presente y se formuló este acuerdo en el que se establece la obligatoriedad de los cuidados paliativos en todos los hospitales del sistema nacional de salud y se formuló una guía anexa a este acuerdo que tiene seis módulos. Yo estuve involucrada activamente en el módulo de educación para definir el perfil de la gente que se debe dedicar a los cuidados paliativos en el país y en el módulo de control de síntomas y definición de los cuidados paliativos, también especificué las enfermedades que deben llevar el cobijo de estos cuidados, así como los criterios a nivel internacional sobre terminalidad.

Esta guía, que para mi gusto es muy completa, habla de estos preceptos, que van desde las enfermedades que son tributarias de cuidados paliativos hasta el control de síntomas y los aspectos bioéticos al final de la vida. En otro segmento se habla sobre los cambios regulatorios para ampliar el acceso a la morfina y sus derivados a todo el sistema de salud en los tres niveles de atención.

Participé con una ONG, *Human Rights Watch*, para hacer el diagnóstico situacional de México en relación con el estándar de los cuidados paliativos. En esta colaboración se vio que la prescripción de morfina en este país estaba prácticamente cerrada por una serie de mitos y opiofobia. Se identificaron tres factores: 1) que los médicos no prescribían estos medicamentos porque en los recetarios venía el nombre y el domicilio completo del médico y esto lo exponía; 2) además, la autoridad reguladora, la Cofepris, sola-

mente ofrecía la tramitación de estos recetarios en sus propias oficinas; sin embargo, éstas estaban situadas únicamente en las capitales de los estados y esto era una restricción para los médicos que vivían fuera de la capital, en tiempo, dinero y esfuerzo; y 3) la limitación de las recetas, que sólo se emitían de 50 en 50, representaba un obstáculo importante.

Con base en el apoyo brindado a esta ONG fue incorporándose una serie de cambios en el acuerdo por el que se declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, conforme a las deficiencias que se registraron en ese diagnóstico. El sistema era sumamente restrictivo, no favorecía la prescripción de estos medicamentos y, por tanto, la industria farmacéutica no mostraba interés en comercializar algo que no se prescribía, y mientras tanto los pacientes morían terriblemente.

También hemos sido muy activos en la promoción de la medicina paliativa, que es un derecho fundamental, porque el no acceso a estos cuidados equivale a un acto de tortura o crueldad, entonces todos los médicos deben saber que una ruta definida no es el alta por máximo beneficio, sino el manejo continuado con cuidados paliativos.

CONBIOÉTICA: ¿Cuáles son los principales aspectos bioéticos que intervienen en los cuidados paliativos?

SA: Lo primero es la autonomía, el derecho a ser informado, lo cual implica asentir o firmar el formato de consentimiento con la certeza de que es algo necesario. Para ello hay que asegurar que el paciente y la familia entienden los distintos aspectos de los cuidados paliativos. Por ejemplo, llegan a este hospital en su gran mayoría personas analfabetas o con niveles básicos de escolaridad –tercero de primaria es el promedio–, la gente con licenciatura o un grado mayor representa 1%. Es por ello que se requieren habilidades para transmitir la información, pues hay que dar a entender que la intervención que se realice en cuidados paliativos no va a impactar sobre la enfermedad, sino únicamente sobre el control de los síntomas; es algo que a veces puede ser muy

trabajoso. El paciente llega con náusea, dolor, ictericia, es decir, prácticamente muriéndose, y conforme se dan los tratamientos los pacientes van mejorando, empiezan a comer más, subir de peso y sentirse mejor. Es por lo anterior que pueden inclusive pensar que hubo un error en el diagnóstico, aun cuando se había informado previamente al paciente sobre esta posibilidad durante el proceso de consentimiento, y llegan a solicitar que se realicen estudios nuevamente. En algunos casos será posible, pero en otros no.

Una piedra angular de los cuidados paliativos y un reto es cómo posicionar, a través de la autonomía y el conocimiento, la autorización del consentimiento informado, porque está establecido por ley que nadie en este país, a pesar de que requiera cuidados paliativos, podrá recibirlos sin su consentimiento informado o un asentimiento por parte de la familia.

Otra cuestión importante es hacer que la gente haga constar su voluntad anticipada, esto es, su decisión acerca de la terapia que recibirán o no; de morir en casa o en el hospital; si quieren medidas de confort o bien autorizan medidas avanzadas de supervivencia y todo lo que conlleva. En este aspecto, los equipos de cuidados paliativos deben ser conocedores y contundentes, cuando derivan la información al paciente y la familia, para que puedan tomar la mejor decisión.

Otro aspecto controversial es la sedación paliativa, cuando un paciente ya no tiene un control adecuado de los síntomas y está sufriendo de forma física, psicológica, económica y familiar, ¿cómo ofrecer la sedación paliativa y transmitir que no es lo mismo que la eutanasia? Es, en primera instancia, un tratamiento que tiene diferencias sustantivas con esta medida voluntaria. Está patente el doble efecto, pero siempre se debe acompañar a la familia y brindarle información para evitar complicaciones, pues puede incluso llegar a penalizarse. Lo importante es distinguirlas, para ello hay que dar a entender que el tratamiento no acorta la vida del paciente.

Nuevamente, se debe entablar el diálogo y empoderar a la familia, porque en muchas ocasiones la gente que llega a cuidados paliativos no cuenta ya con la capacidad para decidir, entonces hay que saber cómo orientar a la familia para que

tome la mejor decisión, y que no se confunda el tratamiento con la eutanasia.

CONBIOÉTICA: Tradicionalmente se ha asociado el cuidado del enfermo con el rol de la mujer en la familia. Ahora bien, dentro de una sociedad en transformación hacia una plena equidad de género, ¿cómo puede atenderse esta cuestión desde los cuidados paliativos?

SA: Es una cuestión circunstancial e histórica. Incluso la visión más rudimentaria del comienzo de las culturas establece una división laboral en la que el varón provee y la mujer administra el hogar. La mujer ha asumido históricamente la función de procrear a los hijos, y cuidar a los viejos y enfermos; sin embargo, nuestra sociedad está cambiando. Se dan casos en que es el varón quien se encarga de cuidar a una mujer enferma y se les capacita en los mismos términos para que ellos brinden estos cuidados en sus hogares.

A nivel internacional, los equipos de cuidados paliativos están conformados en su mayoría por mujeres, me parece que esto se debe a las diferencias en el liderazgo de varones y mujeres, pues en el primer caso la estructura tiende a ser vertical y en el segundo más horizontal. En estos equipos supuestamente todos tienen el mismo valor, si bien hay una persona que coordina, pero no se dan realmente iniquidades en cuanto a las responsabilidades y la carga de trabajo, esto me parece que favorece la participación de mujeres.

Ahora también en medicina, por los años que se invierten de estudio, se está experimentando una transformación, el género masculino ya no es preponderante en el campo de la medicina.

Es importante que los cuidadores, independientemente del género, cuenten con el entrenamiento, porque es importante cuidar al enfermo, pero también cuidar al cuidador. Esto se lleva a cabo con: 1) conocimiento sobre cómo brindar el cuidado de la “A a la Z”, es un tema con el que día a día lidiamos; y 2) brindando recomendaciones sobre cómo reorganizar los cuidados en casa. Quizá de lunes a viernes el cuidador primario estará al pendiente del enfermo, su

aseo, medicación, compañía y escucha empática, pero quizá sábado y domingo los familiares que trabajan y no pueden realizar estas labores tendrían que apoyar a esta persona para estar saludable y que pueda continuar con sus actividades personales para continuar trabajando de lunes a viernes.

Así, la tendencia en cuidados paliativos, independientemente del género, es empoderar a los que cuidan para que no enfermen. En otros países, quienes brindan los cuidados tienen un incentivo desde el punto de vista gubernamental, es el sistema de salud el que brinda medicamentos y la asesoría o la consulta médica, pero quien esté prestando el cuidado directamente, al demostrar las horas que dejó de trabajar, recibe del gobierno una compensación económica por el tiempo que se invierte.

Es una consideración interesante desde el aspecto de la equidad de género, pues no hay que pensar que por el sólo hecho de ser mujer le corresponda el cuidado de una persona, aunque uno sea varón también debe intervenir, es una cuestión ética. Hemos visto padres abandonados por los hijos, que son cuidados por las nueras o hasta los vecinos, aunque también hemos encontrado grandes actos de solidaridad en este país. Tenemos que pensar, no obstante, en cómo cubrir las necesidades de estos cuidadores.

CONBIOÉTICA: ¿Hay alguna otra cosa que debemos saber acerca de los cuidados paliativos?

SA: Quisiera cerrar diciendo que es éste un momento histórico. En los 25 años que tengo trabajando en el país sobre cuidados paliativos, nunca había visto que se abrieran tan rápido las puertas como después del análisis de *Human Rights Watch*, se expuso cosas realmente duras, pero ha tenido un impacto muy positivo, pues hemos visto que una vez que el país se lo propone puede generar cambios rápidamente hacia cuestiones muy buenas, desde una perspectiva social. Fue un llamada muy fuerte y benéfica.

La Secretaría de Salud está haciendo un esfuerzo muy significativo por cobijar todas estas recomendaciones y ha-

cer los ajustes en todos los frentes, la educación de los profesionales, la implementación de los servicios de salud, actualizar la legislación para que opere adecuadamente y empoderar a los usuarios, brindándoles mejor información.

BIOÉTICA GLOBAL

Conversación con
Marie-Charlotte Bouësseau

CONBIOÉTICA: Usted ha realizado un trabajo fructífero en el ámbito de la salud, cuéntenos sobre su trayectoria profesional como médico y, en específico, desde los sistemas de atención a la salud.

Marie-Charlotte Bouësseau (MCB): A estas alturas de la vida he pasado por distintas etapas. Comencé mi vida profesional como cardióloga en un hospital de París; ése fue un evento fundador de mi trayectoria porque fue el lugar de encuentro con los pacientes y el descubrimiento del mundo de una persona vulnerable que se enfrenta con su muerte, con el sufrimiento.

Después comencé a reflexionar sobre lo que estaba haciendo, porque normalmente los médicos tienen largas jornadas y no siempre tienen el tiempo suficiente para analizar lo que hacen y cómo lo hacen. En ese momento empecé a trabajar los aspectos bioéticos tanto en filosofía como ciencias sociales, al tiempo de ver la salud no sólo como una aventura entre pacientes y equipos de salud, sino como un fenómeno social y comunitario. Asimismo, reflexioné sobre la salud pública y las implicaciones para desarrollar una política de salud que pueda beneficiar a toda una comunidad. A partir de estas reflexiones personales decidí irme de mi país y viajar a un mundo desconocido. Vine a América La-

tina en 1994, tuve la suerte de poder hacer un año de estudios en ciencias sociales en Chile y me quedé diez años.

En ese periodo me ofrecieron trabajar con diversas universidades y el Ministerio de Salud de Chile me pidió establecer una unidad de bioética, lo cual resultó una de las aventuras más bellas e interesantes de mi trayectoria. Esa época fue interesante porque Chile estaba en una transición democrática y tuve la suerte de trabajar con comités de ética, de bioética e investigación. La bioética tiene que ser como la sal de la comida, es decir, debe incorporarse a programas o servicios de salud. Trabajando en el Ministerio recibí un mensaje de la Organización Mundial de la Salud para postular mi candidatura con la finalidad de establecer una unidad de ética en la sede en Ginebra. Envié mi candidatura sin pensar que sería seleccionada y, semanas después, me llamaron para confirmar que tenía el cargo.

La nueva unidad sería parte de la oficina de la dirección general de la organización en Ginebra y empezamos a trabajar con un pequeño grupo. Me quedé diez años en la unidad de ética, seis años como responsable, y hace tres años ingresé a otro departamento que trabaja con los servicios de salud y la calidad de los programas de salud.

CONBIOÉTICA: ¿Sobre qué temáticas específicas se desarrollan los programas de salud de la OMS?

MCB: Un programa que nos ocupa bastante, y es la razón de mi visita a México, son los de cuidados paliativos. Hace dos años, en mayo de 2014, la Asamblea Mundial de la Salud –instancia de gobierno de la organización donde los 194 estados miembro están representados– adoptó una resolución que implica un compromiso global para mejorar los programas de cuidados paliativos. Actualmente estamos apoyando diversas actividades, como el VIII Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Entre los temas abordados se encuentra el acceso a medicamentos que implican la regulación en cuanto a la prescripción del uso de opioides, formación y capacitación de equipos de salud.

Más allá de los tratamientos médicos, el gran desafío de los cuidados paliativos es tener un enfoque holístico de todas las necesidades del paciente. Por eso es fundamental que los servicios de salud se centren en la persona, no sólo en una enfermedad. Los pacientes que necesitan cuidados paliativos pueden padecer enfermedades muy distintas, como cáncer, VIH, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, y van a necesitar un tipo de cuidado que supone tratamiento médico, además de apoyo psicológico y espiritual, porque están en un momento particularmente difícil. Los cuidados paliativos son un trabajo pluridisciplinario y en eso se parecen a la bioética; deben estar centrados en la persona y suponen una buena coordinación de los distintos niveles de cuidado.

CONBIOÉTICA: En este enfoque de la OMS de centrar la atención de la salud en la persona a modo de reivindicar la humanización de todos los servicios, ¿qué papel juegan los Comités Hospitalarios de Bioética?

MCB: En el campo de los cuidados paliativos acabamos de tener una charla donde se mencionaba el rol de los CHB en la toma de decisiones. Cuando hay dilemas sobre mantener o no un tratamiento de reanimación; por ejemplo, los equipos necesitan apoyo adicional y es aquí donde los comités contribuyen al hacer las decisiones más transparentes y reflejar la complejidad de la situación a través del diálogo pluridisciplinario. Los CHB son un recurso muy importante, pero actualmente no existen en muchos países, y al menos debe existir la posibilidad de realizar una deliberación a través del método que tiene la bioética. Es de gran ayuda en la toma de decisiones, obviamente no sólo para el tema de cuidados paliativos o el final de la vida. Cuando hablamos de calidad de servicios pensamos también en la percepción que tiene el paciente y sus expectativas, porque, aunque en ocasiones la calidad técnica sea buena, el paciente espera algo más; eso es parte de la reflexión que debe tener un equipo y manifestarse en los comités.

Debe darse un diálogo ético, con la bioética como lenguaje, que surge cuando hay una tensión entre opciones. Todos nosotros, antes de enfermarnos, podemos beneficiarnos de este diálogo en un debate abierto y público, para lo cual se requiere un apoyo institucional, como las comisiones nacionales de bioética. Los centros de documentación, como la biblioteca de CONBIOÉTICA, permiten aclarar rumores o tabúes que favorecen el diálogo. Es muy importante que a nivel nacional e institucional se puedan tener CHB estructurados y, de esta manera, los profesionales de la salud tengan un espacio de reflexión.

CONBIOÉTICA: En 2010 contamos con su brillante participación en la 5a. Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Bioética, desde entonces hasta ahora, ¿cuáles son los temas emergentes que ha identificado en la materia?

MCB: Debemos tener mucho cuidado porque, en el ámbito de la bioética, hay temas que emergen por su constante presencia en los medios de comunicación, y hay que pensar si realmente son un problema, si afectan a una minoría o si, en verdad, son una prioridad y deban enfrentarse desde el punto de vista de la salud pública. Por ejemplo, actualmente trabajamos sobre el uso de productos médicos de origen humano, un tema ético relacionado con situaciones anteriores al uso, como la donación de esos productos, que pueden ser órganos, tejidos, sangre, gametos, etcétera.

Esta reflexión no es nueva; desde hace tiempo se realizan transfusiones o trasplantes de órganos, pero la magnitud del tema se relaciona con las prácticas presentes en nuestros días: donantes vivos, riesgo de explotación de donantes, tráfico de órganos. Ahora bien, en el ámbito de los productos de origen humano hay nuevas tecnologías y eso es, en general, lo que atrae a los medios de comunicación. Sin embargo, debemos reflexionar a nivel de sociedad sobre la manera de enfrentar estos avances, de hacer investigación, de usar los resultados de los nuevos conocimientos y reglamentar esas prácticas incluso con leyes.

CONBIOÉTICA: ¿Qué consideraciones tiene respecto al mejoramiento de la salud a través de la ciencia con un enfoque social y la investigación en comunidades que no se podrán beneficiar de los resultados?

MCB: Bueno, eso es y va a ser por mucho tiempo la pregunta constante de la bioética. Existe una prioridad en la OMS, que también es una prioridad en este país, la cobertura sanitaria universal. El marco ético de esta prioridad es obvio. Si no desarrollamos innovaciones en salud accesibles de manera equitativa, y únicamente se beneficia un pequeño porcentaje de la población, hay un problema social y de convivencia. Vuelvo al tema de los cuidados paliativos; 84% de la población mundial no tiene ningún acceso a cuidados paliativos, ni siquiera al tratamiento del dolor; esto significa que la mayoría de la gente en el mundo se muere en condiciones de sufrimiento absolutamente inhumano. Entonces, desde el punto de vista ético, debemos pensar si vale la pena invertir más dinero en nuevas tecnologías que quizá beneficien a un pequeño sector de la población. Siempre debemos pensar en la justicia y la equidad del acceso cuando tratamos de mejorar los servicios de salud.

CONBIOÉTICA: ¿Cuáles son los aspectos bioéticos de otros temas que está trabajando en la OMS como las nuevas tecnologías y la genómica?

MCB: En este momento existen nuevos campos de investigación y nuevas tecnologías, pero siempre debemos tener en mente a quiénes pueden servir. Actualmente tenemos vinculaciones con las ONG como centros de colaboradores que trabajan en esos temas tratando de ver lo que afecta a grupos importantes de población; por ejemplo, enfermedades congénitas o la talasemia –desarrollo de anemia hereditaria–, lo anterior con la finalidad de capacitar médicos de atención primaria en el manejo de los padecimientos e implementar estrategias que no sean extremadamente costosas para mejorar la calidad de estos pacientes.

Asimismo, esta reflexión se da en la medicina personalizada, que actualmente predomina en países con muchos recursos, pero con el tiempo esas nuevas estrategias podrían permitir incluso a países más pobres tratar a sus pacientes. Pienso en tratamientos contra el cáncer. Con las tecnologías se podría conocer si el paciente va a responder o no al tratamiento y, de esta manera, se usarían mejor los recursos: las nuevas tecnologías pueden beneficiar a países sin muchos recursos.

CONBIOÉTICA: En este esquema de personalizar la atención y la investigación en la salud, ¿cuáles son los criterios éticos a considerar para hacer frente, por un lado, a la demanda del desarrollo de la investigación y salvaguardar tanto la dignidad como los otros derechos de las personas?

MCB: Eso supone una reflexión no sólo teórica, sino social que permita incorporar aspectos culturales, porque hay decisiones que se puedan tomar en ciertos momentos y en un lugar determinado, pero no en otras partes. Cada sociedad tiene que organizar esa reflexión, cada comisión nacional de bioética tiene la responsabilidad de fortalecer este debate, y hoy en día las personas quieren participar de esa reflexión, no quieren que algunos expertos les digan lo que es bueno o malo para ellos. En la bioética es muy importante cuidar el proceso de reflexión. La primera responsabilidad es asegurar que todos los actores estén involucrados en la decisión, al tiempo de estar conscientes de que esa decisión puede modificarse con el tiempo, cuando la situación evolucionara o el contexto cambia.

Ahora bien, no es fácil organizar un debate porque hay que informar a las personas y a veces los medios de comunicación no permiten dar la información suficiente para esta reflexión. Es importante educar en la materia, incluso a los más jóvenes para que puedan empezar a debatir preguntas bioéticas poco complejas y aprendan a reflexionar. Ésta es una gran labor para una comisión, pero es algo importante cuando se trabaja en una organización internacional, porque se debe distinguir entre lo que se puede debatir a nivel mun-

dial y lo que le corresponde a cada país o región dependiendo de su contexto.

CONBIOÉTICA: Usted ha acompañado a la Comisión Nacional de Bioética de México desde hace tiempo, ¿cómo ve el desarrollo de la institución?

MCB: La Comisión me impresionó desde el primer día. Su equipo no solamente es una colección de talentos, sino es una muestra del compromiso con la sociedad en temas relevantes para todo el país. Como toda institución, con el tiempo se ha consolidado, y lo más importante es la constancia en el trabajo que realiza como publicaciones, actividades de formación, vinculaciones con otras comisiones y con las entidades federativas. La Comisión está construyendo y consolidando la bioética en el país y más allá del país.

Durante muchos años estuve involucrada en la organización de la Cumbre Mundial de Comisiones. Obviamente esta institución está en diálogo con las otras comisiones y tiene un lugar muy particular en el diálogo internacional. La CONBIOÉTICA es una gran institución y, al serlo, tiene una responsabilidad, y lo importante, me parece, es continuar compartiendo su experiencia con la región.

COLABORADORES

Alberto Lifshitz Guinzberg. Médico internista certificado; Secretario de Enseñanza Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM; Académico titular de la Academia Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía; Presidente fundador de la Academia Nacional de Educación Médica; autor de 17 libros y colaborador en más de 70; Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Fundación Clínica Médica Sur.

Andrew Haines. Director de la Escuela de Medicina Tropical e Higiene en Londres (LSHTM); profesor de Salud Pública y Atención Primaria en el Departamento de Investigación en Salud Social y Ambiental, y en el Departamento de Salud de la Población; además de ser médico general en el norte de Londres. Es miembro de varios comités nacionales e internacionales, incluyendo el Grupo Mundial de Salud del MRC (Presidente). Anteriormente se desempeñó como Presidente del Comité de Políticas de Salud y Asistencia Social del Reino Unido; miembro del Comité Asesor de Investigación en Salud de la OMS y del Grupo de Trabajo 2 del Grupo Intergubernamental de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Presidió el Grupo Asesor Científico para el Informe Mundial de la OMS sobre la Investigación para la Cobertura de Salud Universal de 2013.

Areli Cerón Sánchez. Maestra en Ciencias Farmacéuticas por la Universidad Autónoma Metropolitana, con especialidad en Medicina Farmacéutica por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional; Química Farmacéutica Industrial por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto Politécnico Nacional. Ha cursado diversos diplomados y cursos en Ética de la Investigación y temas relacionados. Ha sido invitada por la OMS y OPS como

experto externo para la evaluación de Agencias Reguladoras de América Latina. En el ámbito académico, ha sido profesora invitada por varias universidades públicas y privadas, ha dictado múltiples conferencias en el ámbito regulatorio y de investigación clínica. Tiene más de 11 años de experiencia laboral, ha trabajado en la industria farmacéutica, el Cinvestav, la Cofepris y actualmente se desempeña como Directora de Comités de Bioética.

Arturo Galindo Fraga. Médico Cirujano con especialidad en Medicina Interna e Infectología. Maestro y Candidato a Doctor en Ciencias Médicas (Infectología) por la UNAM. Profesor Titular en la UNAM, Universidad Panamericana y Universidad La Salle. Actualmente, presidente del Comité de Ética en Investigación y subdirector de Epidemiología Hospitalaria y Control de Calidad de la Atención Médica, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Investigador en Ciencias Médicas C de la Secretaría de Salud, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en Nivel I.

Brenda Jácome Sánchez. Licenciada en Comunicación por la UNAM. Realizó estudios en Comunicación Organizacional y Salud Pública por el INSP. Actualmente cursa la maestría en Bioética del programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. Sus áreas de interés son la Comunicación Social, la Educación Médica y la Investigación en Bioética.

Claudia Leija Hernández. Es licenciada en Enfermería y directora de Enfermería en el Instituto de Cardiología “Ignacio Chávez”. Pertenecer al Comité Editorial de la *Revista Mexicana de Enfermería*. Es vicepresidenta y coordinadora general de la Comisión Permanente de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG-CES).

Claudia Unikel Santoncini. Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestra en Psicoló-

ga Clínica, Doctora en Psicología de la Salud, ambos por la Universidad Nacional Autónoma de México. Desde 1991 trabaja en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” como investigadora y en la atención de los trastornos de la conducta alimentaria. Profesora y tutora de maestría y doctorado. Autora de libros, capítulos de libros y artículos científicos nacionales e internacionales. Investigadora Nacional SNI II.

Daniel Guadalupe Choperena Aguilar. Es licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México. Obtuvo el primer lugar en la Convocatoria de Trabajos Libres del Congreso de Telesalud, Región de las Américas 2015. También consiguió el primer lugar en el 8º Congreso de Bioética, organizado por el Centro de Investigación en Ciencias Médicas (UAEM) y la Universidad de Santiago de Chile. Ha trabajado en el Banco Interamericano de Desarrollo y la Secretaría de Desarrollo Social, en la evaluación de Estrategias Nacionales de Salud y Educación. Es coordinador de proyectos de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

David Kershenovich Stalnikowitz. Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México y con doctorado en Medicina por la Universidad de Londres. En la UNAM ha sido profesor de la especialidad de Gastroenterología desde 1975. Es investigador emérito Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores. Se desempeñó como Presidente de la Asociación Mexicana de Medicina Interna, la Asociación Mexicana de Gastroenterología, la Asociación Mexicana de Hepatología y del año 2000 a 2002 como presidente de la Asociación Internacional para el Estudio del Hígado. Ha participado en 489 publicaciones con 201 artículos originales, 7 libros y 85 capítulos de libros. Actualmente es Director General del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Enrique Beascoechea Aranda. Médico cirujano y filósofo con maestría en Salud Pública; académico, docente e investigador; es miembro de consejos académicos y comités científicos. Ha impartido cátedra en la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Universidad Iberoamericana. Dicta conferencias sobre temas de educación y bioética en foros nacionales e internacionales. Ha sido autor de artículos y capítulos en diversas publicaciones.

Guadalupe E. Leyva Ruiz. Licenciada en Enfermería y Obstetricia y maestra en Enfermería por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha participado como docente de la ENEO de 2000 a la fecha. Miembro Numerario de la Academia Nacional Mexicana de Bioética y forma parte del Cuerpo Directivo del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, actualmente se desempeña como Jefe de División de Estudios Profesionales de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Gustavo Olaiz Barragán. Filósofo por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Ontología, Estética y Ética, con estudios de posgrado en Ética; ha sido profesor adjunto, así como seminarista y ponente en diversas actividades académicas de la UNAM. Se desempeña actualmente como Subdirector de Ética en Políticas Públicas en Salud de la Comisión Nacional de Bioética.

James Dwyer. Doctor en Filosofía por la Universidad de California y miembro de la Asociación Internacional de Bioética, de la cual coordina la Red de Bioética Ambiental. Realiza actividades académicas y participa en el Servicio de Consultoría en Ética del Hospital de la Upstate Medical University. Es profesor en el Centro de Bioética y Humanidades y en el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva en Nueva York. Ha investigado sobre Justicia Social, Responsabilidad Moral y Perspectivas de Salud.

Tiene publicados diversos trabajos en revistas y boletines especializados.

Jeanette Pardío López. Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos por la Universidad Iberoamericana, es egresada de la Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica con enfoque en Trastornos de la Conducta Alimentaria por el Colegio Internacional de Educación Superior. Por más de veinte años fue consultora de tiempo completo del Fondo Nestlé para la Nutrición de Funsalud. Es miembro del comité editorial de la revista *Cuadernos de Nutrición* y ha formado parte del Consejo Directivo del Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C. Es autora de libros, capítulos de libros y publicaciones científicas, tanto nacionales como internacionales. Actualmente es coordinadora de Proyectos de Bioética y Salud Pública en la Comisión Nacional de Bioética.

Jenyfer Jessika Palencia Sierra. Enfermera por la Universidad Popular del César de Colombia. Se encuentra en el último año de maestría en Bioética en la Universidad Panamericana. Cursó maestría en Prevención de Riesgos Laborales por la Universidad Internacional de la Rioja, España. Especialista en Salud Pública y Seguridad Social por la Escuela de Administración de Negocios, Colombia. Ha participado como docente de licenciatura en enfermería en Universidad Manuela Beltrán, El Bosque, El Área Andina y la Sabana, además, de su experiencia en calidad académica; ha participado en proyectos sociales y construcción de programas en salud pública para la gestión del riesgo en Colombia. Actualmente se desempeña como coordinadora de proyectos especiales de la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana.

Manuel H Ruiz de Chávez. Maestro en Ciencias en Medicina Social por la Universidad de Londres, Reino Unido. Médico Cirujano por la UNAM. Comisionado Nacional de Bioética. Se ha desempeñado en el ámbito profesional por casi 40 años, ocupando importantes cargos para el Gobier-

no Mexicano y en Instituciones privadas de reconocido renombre como la Fundación Mexicana para la Salud y la Academia Nacional de Medicina de México. Desarrolló una extensa labor como docente de más de 30 años. Ha recibido distinciones y premios entre ellos la condecoración “Eduardo Liceaga” de Ciencias Médicas y Administración Sanitaria Asistencial, el premio “Gerardo Varela” en Salud Pública y la Medalla Anáhuac en Bioética. Pertenece a las Real Academia Nacional de Medicina de España y Nacional de Medicina de Cataluña; es Fellow del Colegio Real de Médicos de Londres, entre otros. Sobresalen sus notables aportaciones en el campo de la medicina, la bioética y la ética en investigación.

Marie-Charlotte Bouësseau. Asesora del Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad de la OMS, residente de Cardiología, Hospital de Villeneuve St. Georges y Hospital de Montfermeil, Francia, entre 1983 y 1987, y en Medicina Nuclear del Hospital Avicenne, Francia, por cuatro años. Ha sido directora de Proyecto del Consejo de Médicos en Chile, 1994-1998. Coordinadora-Fundador de la Unidad de Ética y Salud, Ministerio de Salud de Chile, jefe de la Unidad de Ética y Salud, del Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos (ETH) de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza.

Martha Kaufer Horwitz. Nutrióloga certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos. Maestra en Ciencias Sociomédicas. Doctora en Ciencias de la Salud. Investigadora de la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Investigadora Nacional SNI II. Vocal del Comité de Investigación del INCMNSZ. Vocal del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Iberoamericana.

Martha Tarasco Michel. Licenciada en medicina de la Comunicación Humana y subespecialidad en Foniatría por la Universidad de Salamanca, España. Doctorado en Medici-

na por la Universidad de Santiago de Compostela, España y especialización en Bioética por la Universidad del Sacro Cuore de Roma. Fundó el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud en la Universidad Anáhuac, después fue directora ejecutiva de la Facultad de Bioética, investigadora en la misma institución y coordinadora editorial de la Revista *Medicina y ética*; además de ejercer su especialidad médica a nivel privado. Es consejera de la CONBIOÉTICA y ex presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Myriam Marlene Altamirano Bustamante. Es médico cirujano y doctora en Investigación Biomédica-Básica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Asimismo, es doctorante en Bioética e investigadora de tiempo completo de la Unidad de Investigación en Enfermedades Metabólicas del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ha sido autora de libros, capítulos de libros y artículos científicos nacionales e Internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Nelly F. Altamirano Bustamante. Es médico Endocrinólogo Pediatra del Instituto Nacional de Pediatría. Doctorante en Bioética y autora de libros, capítulos de libros y artículos científicos nacionales e Internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Octavio Márquez Mendoza. Médico cirujano por la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Psiquiatría General, servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Central Militar y la Asociación Psicoanalítica, Mexicana, A.C., la Escuela de Graduados en Sanidad Militar, la Secretaría de la Defensa Nacional, México, D.F. Sesiones del Comité de Ética de Protocolos de Investigación, CEPI, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ética en Investigación Clínica, Instituto Médico CER, Quilmes, Seminario: Aspectos Éticos de la Investigación Colaborativa Internacional.

Omar de la Torre de la Mora. Especialista en Derechos Humanos, Migración, Transparencia y Atención a Grupos Vulnerables. Ha sido Ministro para Asuntos Migratorios en la Embajada de México, en Washington, D.C.; Director General de Atención a Migrantes Mexicanos en el Extranjero; y Coordinador Nacional del Programa Paisano. Crea la Guía Paisano y se encarga de reactivar los Grupos Beta en la Frontera Norte. Cuenta con más de 30 años de experiencia en la administración pública federal y local. Fue Titular de la Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación. Actualmente es Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

Patricio Santillán Doherty. Director Médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” en la Ciudad de México. Profesor de la especialidad de Cirugía Torácica en la Facultad de Medicina de la UNAM. Tutor académico de Posgrado y profesor del curso de Ética en Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, el American College of Surgeons, el Sistema Nacional de Investigadores y el Colegio de Bioética (Presidente 2015-2018). Consejero en el Consejo de la CONBIOÉTICA y Editor en Jefe de NCT-Neumología y Cirugía de Tórax.

Raúl Jiménez Piña. Cirujano Dentista, egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana. Cursó la licenciatura en Filosofía en la Universidad Nacional Autónoma de México y la maestría en Bioética en la misma institución. Se ha desempeñado como profesor de Filosofía y Ética en diversas universidades. Ha fungido como secretario general, tanto de la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética, como del 12º Congreso Mundial de Bioética. Miembro de la Red Mexicana de Educación Bioética. Integrante del Comité Técnico Académico de la Red Temática en Bioética auspiciada por el Conacyt. Ha

sido subdirector Científico y actualmente Director de Desarrollo Institucional en la Comisión Nacional de Bioética.

Rosa Ortiz Rivera. Licenciada en Enfermería y maestra en Ciencias en Bioética por el Instituto Politécnico Nacional y la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de Enfermería en las escuelas del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, y desde hace más de 25 años en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN.

Ruth Macklin. Es profesora emérita del Colegio de Medicina “Albert Einstein”. Realiza actividades como escritora, investigadora y consultora en temas de bioética. Es asesora de la Organización Mundial de la Salud e integrante electa de la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América. Fue presidenta de la Asociación Internacional de Bioética. Sus líneas de investigación incluyen Investigación en Seres Humanos, Salud global, Ética en Salud Reproductiva, Derechos Humanos y Aspectos Éticos en Investigación y Tratamientos de VIH.

Salvador Alcaraz Nava. Es licenciado en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM; tesista para obtener el grado de Maestro en Filosofía por la misma institución; diplomado en Bioética por el Programa Universitario de Bioética de la UNAM. Ha colaborado en proyectos de investigación en materia de Bioética con la Dra. Juliana González Valenzuela. Actualmente labora en la Comisión Nacional de Bioética, en el Departamento de Comités Hospitalarios de Bioética, y en su actualización profesional cuenta con numerosos cursos de ética y bioética aplicadas a las ciencias de la vida.

Selene Tenorio Ramos. Nutrióloga Certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos, egresada de la Universidad Iberoamericana. Maestra en Salud Pública. Profesora de

asignatura en la Universidad “Vasco de Quiroga”, Morelia Michoacán. Coordinadora de la carrera de Nutrición Humana de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Desempeña labores relacionadas con administración de servicios de alimentos en hospitales. Ejercicio en la consulta privada.

Sergio López Moreno. Médico cirujano por la Escuela Superior de Medicina, con doctorado en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con la especialización en Atención Primaria en Salud por la Secretaría de Salud; actualmente se encuentra como adscrito del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Severino Rubio Domínguez. Licenciado en Enfermería y Obstetricia por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Director de la ENEO en el periodo de 2003 a 2010. Ha participado como docente de la ENEO de 1981 a la fecha. Fue presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Actualmente es Director de Educación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

Silvia Allende. Anestesióloga, Algóloga y Paliativista de renombre, quien ha dedicado su trayectoria profesional a la promoción y difusión de la Medicina y Cuidados Paliativos. Estudió la especialidad médica de Hospice and Palliative Medicine Residency Program en el Hospice Education Institute con la Dama Cicely Mary Saunders, impulsora de los Cuidados Paliativos en la medicina moderna. Ha sido titular de la materia de pregrado de Cuidados Paliativos, y titular del diplomado de Cuidados Paliativos en Oncología de la UNAM. Ocupa el cargo de jefe del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Su producción científica es am-

plia, de la cual cabe destacar *El ABC en Medicina Paliativa* y el *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica*.

Uria M. Guevara López. Es médico cirujano por la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) y especialista en Algología y Cuidados Paliativos. Cursó la maestría en Ciencias Biológicas y el doctorado en Ciencias Médicas (Bioética) en la UNAM, es profesor de Algología y Cuidados Paliativos en la misma institución. Desde 2012 es profesor investigador de la UABJO, así como tutor de maestría y doctorado. Pertenece al Consejo Nacional de Certificación en Algología y Cuidados Paliativos. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina y autor de libros, capítulos de libros y artículos científicos nacionales e internacionales. Asimismo, es investigador del SNI Nivel I.

Verónica Vázquez Velázquez. Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Psicóloga Clínica adscrita a la Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” desde el año 2000. Profesora del curso de posgrado de Alta Especialidad en Obesidad (UNAM y SSA). Es investigadora nacional por el Sistema Nacional de Investigadores y miembro de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
-------------------	---

PARTE I

BIOÉTICA, MIGRACIÓN Y MEDIO AMBIENTE

Hacia un acuerdo universal sobre el clima: el caso de México <i>Manuel H Ruiz de Chávez/Raúl Jiménez Piña /Gustavo Olaiç Barragán</i>	13
Cambio climático y retos éticos en la salud humana <i>Andrew Haines</i>	19
Migración, atención de la salud y responsabilidad social <i>James Dwyer</i>	27
Migración y salud global <i>Omar de la Torre de la Mora</i>	35

PARTE II

ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA

Educación médica en México y el saber bioético <i>Alberto Lifshitz Guinzberg</i>	45
El pensamiento bioético en las ciencias de la salud <i>Enrique Beascoechea Aranda</i>	49
La enseñanza-aprendizaje de la bioética para profesionales de la salud <i>Octavio Márquez Mendoza</i>	57

Retos de la enseñanza de la bioética en las escuelas y facultades de medicina <i>Brenda Jácome Sánchez/ Sergio López Moreno</i>	65
---	----

PARTE III

NUTRICIÓN Y OBESIDAD EN ADOLESCENTES

La nutriología clínica: un quehacer bioético <i>Jeanette Pardío López</i>	73
Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes <i>Claudia Unikel Santoncini/ Verónica Vázquez Velázquez/Martha Kaufer Horwitz</i>	79
Mejorar la condición física intraescolar en los adolescentes para prevenir la obesidad y la diabetes <i>mellitus</i> tipo 2: un quehacer bioético <i>Selene Tenorio Ramos</i>	87

PARTE IV

BIOÉTICA Y ENFERMERÍA

Valores que guían el ejercicio del personal de enfermería <i>Severino Rubio Domínguez/Guadalupe E. Leyva Ruiz</i>	97
Desafíos de enfermería en bioética <i>Jenyfer Jessika Palencia Sierra</i>	107
Inclusión de la bioética en la enseñanza de la enfermería <i>Rosa Ortiz Rivera</i>	113

PARTE V

DILEMAS BIOÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la prestación de los servicios de salud <i>Uria Guevara López/ Nelly F. Altamirano Bustamante / Myriam M. Altamirano Bustamante</i>	121
El papel de la enfermería en los Comités Hospitalarios de Bioética <i>Claudia Leija Hernández/ Daniel Choperena Aguilar</i>	131
La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica <i>Martha Tarasco Michel</i>	137
Metodologías para deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos <i>Salvador Alcaraz Nava</i>	147

PARTE VI

ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El consentimiento informado en investigación biomédica <i>Patricio Santillán Doherty</i>	157
Comités de Ética en Investigación, un enfoque global <i>Manuel H Ruiz de Chávez</i>	169
Evolución de los Comités de Ética en Investigación en México <i>Areli Cerón Sánchez</i>	175
Aspectos éticos a considerar en la revisión de protocolos de investigación <i>Arturo Galindo Fraga</i>	181

PARTE VII

ENCUENTRO BIOÉTICO: CONVERSACIONES

Ética en investigación	
<i>David Kershenobich Stalnikowitz</i>	191
Bioética, derechos humanos y vulnerabilidad	
<i>Ruth Macklin</i>	195
Calidad de vida y cuidados paliativos	
<i>Silvia Allende</i>	201
Bioética global	
<i>Marie-Charlotte Bouësseau</i>	215
COLABORADORES.....	223

1. PSICOLOGÍA DEL ARTE
Lev Semionóvich Vigotsky
2. LA MEMORIA DEL OLVIDO
Patricia Corres Ayala
3. LAS FUNCIONES CORTICALES SUPERIORES DEL HOMBRE
Alexandr Románovich Luria
4. ENSEÑAR HISTORIA
Nuevas propuestas
Julio Valderón Baruque, Antonio R. de las Heras, Julio Aróstegui Sánchez, Joan Pagès Blanch, Julio Rodríguez Frutos y Antonio Campuzano Ruiz
5. MANIFIESTO DEL PARTIDO COMUNISTA
Karl Marx y Friedrich Engels
6. LA PAREJA O HASTA QUE LA MUERTE NOS SEPARE ¿UN SUEÑO IMPOSIBLE?
María Teresa Döring (comp.)
7. LA EVOLUCIÓN DE LA MUJER
Del clan matriarcal a la familia patriarcal
Evelyn Reed
8. EDUCACIÓN Y DERECHO
La administración de justicia del menor en México
Juan de Dios González Ibarra y Ladislao Adrián Reyes Barragán
9. EL PENSAMIENTO POLÍTICO DE KARL MARX
Robin Blackburn y Carol Johnson
10. CÓMO ENSEÑAR APRENDIENDO
Investigación y exposición de temas académicos. Sugerencias a maestros y alumnos
Francisco Camero Rodríguez
11. EL ORIGEN DE LA FAMILIA, LA PROPIEDAD PRIVADA Y EL ESTADO
Friedrich Engels
12. DE TROYA A ÍTACA
Figuras poéticas en La Iliada y La Odisea
Jorge Arturo Ojeda
13. TEORÍA DE LA HISTORIA
Agnes Heller
14. EPISTEMOLOGÍA ADMINISTRATIVA
Juan de Dios González Ibarra
15. EL EMPIRISMO-PRAGMATISMO
Crítica de la trayectoria de una filosofía dominante
George Novack
16. INTRODUCCIÓN A LA CRÍTICA DEL DERECHO MODERNO (ESBOZO)
Óscar Correas
17. LAS ANTINOMÍAS DE ANTONIO GRAMSCI
Estado y revolución en Occidente
Perry Anderson
18. LA CIENCIA DE LOS ALUMNOS
Su utilización en la didáctica de la física y química
José Hierrezuelo Moreno y Antonio Montero Moreno
19. TAO TE KING
Lao-Tsé
20. EN UN LUGAR DE LA MANCHA
Reflexiones sobre Don Quijote y Sancho Panza
Roberto Reyes
21. EL MARQUÉS DE SADE
Guillaume Apollinaire
22. BREVÍSIMA RELACIÓN DE LA DESTRUCCIÓN DE LAS INDIAS
Fray Bartolomé de Las Casas
23. EL ARTE DEL DERECHO
Juan de Dios González Ibarra
24. ESPACIOS Y TIEMPOS MÚLTIPLES
Patricia Corres Ayala
25. EL ANTICRISTO
Friedrich Nietzsche
26. INTRODUCCIÓN A LA FILOSOFÍA DEL DERECHO Y DE LA POLÍTICA
Alfonso Madrid Espinoza (agotado)
27. LA GAYA CIENCIA
Friedrich Nietzsche
28. LA PEDAGOGÍA OPERATORIA
Un enfoque constructivista de la educación
Montserrat Moreno (comp.)
29. EL ARTE DE LA GUERRA
Nicolás Maquiavelo
30. RICARDO FLORES MAGÓN
El Prometeo de los trabajadores mexicanos
Francisco Camero Rodríguez
31. LA REPRODUCCIÓN
Elementos para una teoría del sistema de enseñanza
Pierre Bourdieu y Jean-Claude Passeron
32. CUAUHTÉMOC CONQUISTADOR
Arturo Ríos Ruiz
33. CIENCIA, APRENDIZAJE Y COMUNICACIÓN
Montserrat Moreno y equipo del IMIPAE
34. INTERFAZ BIOÉTICA
Lizbeth Sagols
35. EL PERSONAJE GAY
En la obra de Luis Zapata
Óscar Eduardo Rodríguez
36. METODOLOGÍA JURÍDICA I
Una introducción filosófica
Óscar Correas
37. METODOLOGÍA JURÍDICA II
Los saberes y las prácticas de los abogados
Óscar Correas
38. ESTUDIOS SOBRE EL AMOR
José Ortega y Gasset
39. EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD A TRAVÉS DE CUENTOS
Una alternativa para prevenir el VIH/SIDA
Tirso Clemades
40. TRANSICIÓN A LA DEMOCRACIA EN MÉXICO
Competencia partidista y reformas electorales 1977-2003
Irma Méndez de Hoyos
41. ¿ÉTICA EN NIETZSCHE?
Lizbeth Sagols

42. TÉCNICA, CIENCIA Y EPISTEMOLOGÍA LEGISLATIVAS
Juan de Dios González Ibarra y Bernardo A. Sierra Becerra
43. OBRAS ESCOGIDAS
Georges Bataille
44. DESEMPEÑO ECONÓMICO Y POLÍTICA SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Los retos de la equidad, el desarrollo y la ciudadanía
Ana Sojo / Andras Uthoff
45. ÉTICA Y ESTÉTICA DE LA PERVERSIÓN
Las desviaciones de la conducta sexual como reestructura del universo
Janine Chasseguet-Smirgel
46. LA CIRCUNSTANCIA FRANQUISTA Y EL FLORECIMIENTO ESPAÑOL EN MÉXICO
Derecho y Filosofía
Juan de Dios González Ibarra
47. ¿QUÉ ES UNA CONSTITUCIÓN?
Eduardo Pallares
48. LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL MENOR EN PROSPECTIVA
Ladislao Adrián Reyes Barragán y Juan de Dios González Ibarra
49. METODOLOGÍA JURÍDICA EPISTÉMICA
Juan de Dios González Ibarra
50. TEMOR Y TEMPLOR
Sören A. Kierkegaard
51. MARXISMO Y LIBERTAD
Desde 1776 hasta nuestros días
Raya Dunayevskaya
52. ¿HACIA UNA GLOBALIZACIÓN TOTALITARIA?
José Luis Orozco (coord.)
53. LA NEGRITUD TERCERA RAÍZ MEXICANA
Juan de Dios González Ibarra
54. LOS ORÍGENES DE LA OPRESIÓN DE LA MUJER
Antoine Artous
55. LA ALTERNATIVA PEDAGÓGICA
Antonio Gramsci
56. INTRODUCCIÓN A LA LÓGICA JURÍDICA
Eduardo García Máynez
57. LA MATEMÁTICA DE PITÁGORAS A NEWTON
Lucio Lombardo Radice
58. CIENCIA, TRANSFERENCIA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN ESTADOS UNIDOS, LA UNIÓN EUROPEA Y JAPÓN EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN
Francisco R. Dávila Aldás
59. IMPORTANCIA DE LA TEORÍA JURÍDICA PURA
Eduardo García Máynez
60. INTRODUCCIÓN A LA SOCIOLOGÍA JURÍDICA
Oscar Correas
61. MI HERMANA Y YO
Friedrich Nietzsche
62. LÓGICA DEL RACIOCINIO JURÍDICO
Eduardo García Máynez
63. LA MUNDIALIZACIÓN DE LA ÉTICA
Peter Kemp
64. FRANCIA Y ALEMANIA, LOS FORJADORES DE LA UNIÓN EUROPEA, SUS DIFICULTADES Y SUS ÉXITOS: 1975-2007
Francisco R. Dávila Aldás
65. CONSIDERACIONES ACERCA DEL PECADO, EL DOLOR, LA ESPERANZA Y EL CAMINO VERDADERO
Franz Kafka
66. IBSEN A LA MEXICANA
O de cómo recibió nuestro país al dramaturgo más representado después de Shakespeare
Victor Grovas Hajj
67. IMÁGENES GAY EN EL CINE MEXICANO
Tres décadas de joterío, 1970-1999
Bernard Schulz-Cruz
68. AUTONOMÍA Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA EN MORELOS
Juan de Dios González Ibarra y David Irazoque Trejo
69. LA NUEVA CIENCIA Y FILOSOFÍA DEL DERECHO
Análisis metodológico, filosófico y metafísico sobre una teoría integracionista del derecho
María Isabel Jiménez Moles
70. ¿TRANSFORMAR AL HOMBRE?
Perspectivas éticas y científicas
Lizbeth Sagols (coord.)
71. RAZÓN Y EXPERIENCIA EN LA PSICOLOGÍA
Patricia Corres Ayala
72. CONSEJOS A LOS MAESTROS JÓVENES
Célestin Freinet
73. ECCE HOMO
Friedrich Nietzsche
74. ASÍ HABLABA ZARATUSTRÁ
Friedrich Nietzsche
75. AFORISMOS
Hipócrates
76. TIPOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD Y NUMEROLOGÍA
Adriana Santiago Pérez
77. CÓMO SER LECTOR
Leer es comprender
Jean Foucambert
78. SOCIALIZACIÓN Y FAMILIA
Estudios sobre procesos psicológicos y sociales
Hans Oudhof van Barneveld, Manuel de J. Morales Euzárraga y Susana Silvia Zarza Villegas (coords.)
79. ¿COMUNICANDO DESAFECCIÓN?
La influencia de los medios en la cultura política
Óscar G. Luengo
80. ALTERIDAD Y TIEMPO EN EL SUJETO Y LA HISTORIA
Patricia Corres Ayala
81. LA VUELTA DE ESPAÑA AL CORAZÓN DE EUROPA Y SU ACCELERADA MODERNIZACIÓN
Francisco R. Dávila Aldás
82. ¿DEMOCRACIA O CONSTITUCIÓN?
El debate actual sobre el Estado de derecho
José Fabián Ruiz Valero
83. TRABAJO Y NUEVA JUSTICIA LABORAL SUSTANTIVA Y ADJETIVA
Juan de Dios González Ibarra y Rafael Santoyo Velasco

84. EL NEOLIBERALISMO
De la utopía a la ideología
Omar Guerrero
85. LA ENCRUCIJADA DE LA ADOLESCENCIA
Psicología de la adolescencia normal
Manuel Isaías López Gómez
86. DIÁLOGOS TRANSDISCIPLINARIOS I
Arte y sociedad
Julio César Schara (comp.)
87. CURSO DE LINGÜÍSTICA GENERAL
Ferdinand de Saussure
88. LA UTOPIA DE LA DEMOCRACIA
Filosofía política
Alfonso Madrid Espinoza
89. LOS PLANES DE TRABAJO
Célestin Freinet
90. LA REPÚBLICA DEL ESCÁNDALO
Política espectáculo, campaña negativa y escándalo mediático en las presidencias mexicanas
Germán Espino Sánchez
91. DIRIGIENDO A VIKINGOS Y TROLLS
La iniciación teatral del joven Ibsen en Bergen
Victor Grovas Hajj
92. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL
Francisco Gomezjara y Nicolás Pérez
93. EL PAPEL DEL TRABAJO EN LA TRANSFORMACIÓN DEL MONO EN HOMBRE
Friedrich Engels
94. HORIZONTES BIOÉTICOS DE LA TECNOCENCIA Y LA EUGENESIA
Lizbeth Sagols (coord.)
95. ÉTICA DE LA DIFERENCIA
Ensayo sobre Emmanuel Levinas
Patricia Corres Ayala
96. MERCADOTECNIA Y SOCIEDAD DE CONSUMO
José Sahú Maldonado (coord.)
97. ESTADOS UNIDOS, LA EXPERIENCIA DE LA LIBERTAD
Una reflexión filosófico-política
Suzanne Islas Azais
98. LA ODISEA PRAGMÁTICA
José Luis Orozco
99. LA CONQUISTA HUMANÍSTICA DE LA NUEVA ESPAÑA
Juan de Dios González Ibarra
100. SOCIOLOGÍA DEL DERECHO Y CRÍTICA JURÍDICA
Óscar Correas
101. POLÍTICOS INCUMPLIDOS
Y la esperanza del control democrático
Oswaldo Chacón Rojas
102. RIZOMA
Gilles Deleuze y Félix Guattari
103. LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Filosofía, teoría y método
Francisco Camero Rodríguez
104. VIDAS BREVES
Suicidios y accidentes de niños
Marco Antonio Macías, Araceli Colín Cabrera, Kuauhketzin Juárez y Araceli Rivera García
105. LA LOCURA ECOCIDA
Ecosofía psicoanalítica
Luis Tamayo
106. TÉCNICAS DE DESARROLLO COMUNITARIO
Francisco Gomezjara
107. LA PARADOJA DEL COMEDIANTE
Denis Diderot
108. TEORÍA DEL DERECHO
Óscar Correas
109. UNAMUNO, MODERNO Y ANTIMODERNO
Juan Carlos Moreno Romo (coord.)
110. DICCIONARIO FILOSÓFICO
Voltaire
111. LA JURISPRUDENCIA COMO SAPIENCIA
Juan de Dios González Ibarra y Juan Carlos García Beltrán
112. LA UNIVERSALIDAD DE LA HERMENÉUTICA
¿Pretensión o rasgo fundamental?
Marcelino Arias Sandi
113. ORTEGA PENSADOR
Juan Carlos Moreno Romo (coord.)
114. LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO
Gabriela Mendizábal Bermúdez (coord.)
115. TROTSKY
Viaje hacia el laberinto
Agustín Caso Raphael
116. VENTAJA COOPERATIVA Y ORGANIZACIÓN SOLIDARIA EN UN MUNDO COMPLEJO
Estrategias cooperativas frente a la ambigüedad e incertidumbre
Alejandra Elizabeth Urbiola Solís (coord.)
117. MASCULINIDADES
Las facetas del hombre
Gerardo Guiza Lemus
118. TÓPICOS EN COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR
Clara Escamilla Santana (coord.)
119. LÓGICA, RETÓRICA Y ARGUMENTACIÓN PARA LOS JUICIOS ORALES
Juan de Dios González Ibarra y José Luis Díaz Salazar
120. ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS
Sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México
José Moral de la Rubia, José Luis Ybarra Sagarduy, Javier Álvarez Bermúdez, Joel Zapata Salazar y José González Tovar
121. IBSEN CONQUISTA EL MUNDO
El éxito internacional del padre del teatro moderno
Victor Grovas Hajj
122. LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LOS DERECHOS SOCIALES
Gabriela Mendizábal Bermúdez (coord.)
123. GUERRERO EN EL CONTEXTO DE LAS REVOLUCIONES EN MÉXICO
Tomás Bustamante Álvarez, Gil Arturo Ferrer Vicario y Joel Iturio Nava (coords.)

124. DIÁLOGOS TRANSDISCIPLINARIOS II
Arte, literatura y sociedad
Julio César Schara (comp.)
125. UNIVERSIDAD Y EMPRESA
Los vínculos entre el conocimiento y la productividad
Vera Lúcia de Mendonça Silva
126. CUERPO Y PSICOANÁLISIS
Martha Patricia E. Aguilar Medina y Marco Antonio Macías López (coords.)
127. LA EMPRESA EN MÉXICO
TEORÍA Y PRÁCTICA
Joaquín Mercado Yebra y Luz Marina Ibarra Uribe (coords.)
128. DINERO DEL CRIMEN ORGANIZADO Y FISCALIZACIÓN ELECTORAL
Oswaldo Chacón Rojas
129. ¿PARA QUÉ REFORMAR?
Los impactos de la reforma electoral del 2007 en los procesos Estatales en México
Jesús Cantú Escalante y José Fabián Ruiz Valerio (coords.)
130. EL SUICIDIO
Émile Durkheim
131. IMAGEN VISUAL DE LAS ADICCIONES
Un estudio interpretativo
Ingrid Fugellie Gezan
132. TRABAJOS DEL PSICOANÁLISIS
Susana Rodríguez Márquez (comp.)
133. LA SABIDURÍA DE LA NOVELA
Héctor Ceballos Garibay
134. SABIDURÍA PRÁCTICA DE PAUL RICOEUR
Peter Kemp
135. PRAGMATISMO POLÍTICO:
LA DEMOCRACIA SIN FUNDAMENTOS EN RICHARD RORTY
[Análisis y revisión crítica de su Teoría Política]
Rafael Aguilera Portales
136. POLÍTICA, GOBIERNO Y SOCIEDAD CIVIL
José Fernández Santillán
137. LA PSIQUE ANTES DEL MEDIEVO
Patricia Corres Ayala
138. DEMOCRACIA FALLIDA, SEGURIDAD FALLIDA
José Luis Orozco (coord.)
139. COMUNICACIÓN, POLÍTICA Y CIUDADANÍA
Aportaciones actuales al estudio de la comunicación política
Carlos Muñiz (coord.)
140. NIÑEZ DETENIDA, LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES EN LA FRONTERA MÉXICO-GUATEMALA
Diagnóstico y propuestas para pasar del control migratorio a la protección integral de la niñez
Pablo Ceriani Cernadas (coord.)
141. REPENSAR EL DESARROLLO
Enfoques humanistas
Alejandro Sahuí Maldonado y Antonio de la Peña (coords.)
142. EL PENSAMIENTO POLÍTICO DE IGNACIO M. ALTAMIRANO
Ana María Cárabe
143. DEMOCRACIA, DERECHOS HUMANOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO
Diana Rocío Espino Tapia y Rafael Aguilera Portales (coords.)
144. NORBERTO BOBBIO (CENTENARIO)
Heriberto Galindo y José Fernández Santillán (coords.)
145. LOS PARTIDOS POLÍTICOS EN EL ESTADO DE MÉXICO
Origen, desarrollos y perspectivas
Francisco Reveles Vázquez y Miguel Ángel Sánchez Ramos (coords.)
146. ENTRE UTOPIAS, SABERES Y EXCLUSIÓN
El debate educativo
María Mayley Chang Chiu y Jorge Mario Flores Osorio (coords.)
147. ERÓTICA DE LA BANALIDAD
Simulaciones, abyecciones, eyaculaciones
Fabián Giménez Gatto
148. DERECHO PENAL ELECTORAL
Daniel Montero Zendejas
149. ABUELAS, MADRES Y NIETAS
Escolaridad y participación ciudadana 1930-1990
Luz Marina Ibarra Uribe
150. ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA?
Gilbert Hottois
151. PRIVATIZACIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y RÉGIMEN POLÍTICO EN MÉXICO
Implicaciones sociopolíticas de la privatización
Miguel Guerrero Olvera
152. EL TEXTO LIBRE
Célestin Freinet
153. PEER GYNT ANTE OTRAS PIRÁMIDES
O andanzas mexicanas de un pícaro ibseniano
Victor Grovas Hajj
154. EL TRABAJO Y LAS PENSIONES DE LOS ACADÉMICOS EN LAS UNIVERSIDADES EN EL SIGLO XXI
Gabriela Mendizábal Bermúdez (coord.)
155. PSICOANÁLISIS DE LAS ORGANIZACIONES, BIOFEEDBACK, BIORRETROALIMENTACIÓN Y MUSICOTERAPIA
Pablo Guerrero Sánchez
156. EMILIO O DE LA EDUCACIÓN
Jean Jacques Rousseau
157. ¿CYBERREVOLUCIÓN EN LA POLÍTICA?
Mitos y verdades sobre la ciberpolítica 2.0 en México
Germán Espino Sánchez
158. TÓPICOS SOBRE LA REFORMA PENAL DEL 2008
Julio Cabrera Dircio (coord.)
159. AVATARES DEL ESTUDIO DE LAS ORGANIZACIONES Tomo 1:
Perspectivas teóricas y metodológicas
Claudia Gutiérrez Padilla, Diana del Consuelo Caldera González y José Armando Martínez Arrona (coords.)

160. AVATARES DEL ESTUDIO DE LAS ORGANIZACIONES Tomo 2:
Estudios de caso
Claudia Gutiérrez Padilla,
Diana del Consuelo Caldera González y
José Armando Martínez Arrona (coords.)
161. HUMANIDADES Y UNIVERSIDAD
La UNAM desde una intertextualidad humanística
Georgina Paulín, Julio Horta y Gabriel Siade
162. IDEAS E IDEALES DE ENRIQUE PEÑA NIETO
Heriberto M. Galindo Quiñones (comp.)
163. INTRODUCCIÓN A LA FILOSOFÍA ACTUAL DE LA CIENCIA
José Luis Rolleri
164. CONSIDERACIONES SOBRE LA SOCIEDAD CIVIL
Jaime Espejel Mena y Misael Flores Vega
165. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y FORTALECIMIENTO
Análisis y propuestas para el estado de Guanajuato
Diana del Consuelo Caldera González
166. LA ACCIÓN Y EL JUICIO MORAL EN DAVID HUME
Alejandro Ordieres
167. METODOLOGÍA CURRICULAR
Un modelo para educación superior,
Seis experiencias universitarias
Luis Rodolfo Ibarra Rivas
y María del Carmen Díaz Mejía (coords.)
168. LAS RAZONES DEL VOTO EN EL ESTADO DE MÉXICO
Un estudio teórico-práctico a la luz de la elección del gobernador del 2011
José Martínez Vilchis
169. HAMBRE DE DIOS
Entre la filosofía, el cristianismo y nuestra difícil y frágil laicidad. Con un capítulo dedicado a Benedicto XVI: "En el corazón del escándalo"
Juan Carlos Moreno Romo
170. DOLOR Y SUFRIMIENTO
Carlos Gerardo Galindo Pérez (coord.)
171. ADOLESCENCIA Y POSMODERNIDAD
Malestares, vacilaciones y objetos
María Guadalupe Reyes Olvera (coord.)
172. TRAYECTORIAS Y MIRADAS
Estudios en psicología y prácticas educativas
Luis Gregorio Iglesias Sahagún (coord.)
173. LOS SERES QUE SURCAN EL CIELO NOCTURNO NOVOHISPANO
Brujas y demonios coloniales
Lourdes Somohano
174. CONSIDERACIONES SOBRE LA DEMOCRACIA INTERNA EN LOS PARTIDOS POLÍTICOS
Modelos de partidos y debates en torno a su vida interna en México
Javier Arzuaga Magnoni
175. ESTUDIO JURÍDICO DE LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL EN MATERIA DE COMERCIO EXTERIOR
Nohemí Bello Gallardo
176. LA RESPUESTA ORGANIZACIONAL EN BUSCA DE UNA SOCIEDAD MÁS INFLUYENTE
Nuevos avatares
Diana del Consuelo Caldera González,
Héctor Efraín Rodríguez y
Domingo Herrera González (coords.)
177. DIÁLOGOS TRANSDISCIPLINARIOS III
Arte, literatura y sociedad
Julio César Schara (comp.)
178. LA INSATISFACCIÓN CON LA DEMOCRACIA EN MÉXICO
Política convencional, movimientos sociales y tecnologías digitales
Germán Espino Sánchez (comp.)
179. ÉRASE UNA VEZ LA SUAVE PATRIA
Ventanas sobre la peste
Ramón Kuri Camacho
180. POLÍTICAS PÚBLICAS:
Entre la teoría y la práctica
Miguel Guerrero Olvera y
Alejandro García Garnica (coords.)
181. LOS FUNDAMENTOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DE LA GOBERNANZA
Jaime Espejel Mena
182. LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS
El caso de las organizaciones extranjeras del sector comercio en el estado de Chiapas.
Proyecto Promep/UNACH
Manuel de Jesús Mogel Liévano,
Hilario Laguna Caballero,
Julio Ismael Camacho Solís,
José Roberto Trejo Longoria
y Roger Irán Gordillo Rodas
183. MANUAL Y GUÍA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS
Manuel de Jesús Mogel Liévano,
Hilario Laguna Caballero,
Julio Ismael Camacho Solís,
José Roberto Trejo Longoria
y Roger Irán Gordillo Rodas
184. LA HOMOSEXUALIDAD
Un punto problemático en Sigmund Freud que se deslizó hacia su obra
Francisco Javier Rosales Álvarez
185. ¿QUÉ ES EL HUMANISMO Y PARA QUÉ LAS HUMANIDADES EN LA ACTUALIDAD?
Francisco Camero Rodríguez
186. PROBLEMAS DE SALUD DE LOS JORNALEROS MIGRATORIOS EN GÜÉMEZ Y PADILLA
Simón Pedro Izcara Palacios
187. PROYECTO OBSERVATORIO DE MEDIOS Y OPINIÓN PÚBLICA (P.A.)
José Fabián Ruiz Valerio y
Jesús Cantú (coords.)
188. EL RE-CURSO DEL MITO: SUJETO Y FANTASMA
Paloma Bragdon

189. SIN TRAMPAS EN LA FE
Tratado del culto de Sor Juana
Roberto Reyes
190. MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Y PREJUICIO HACIA LOS INDÍGENAS
Carlos Muñiz (coord.)
191. CULTURA ORGANIZACIONAL DE LA
CÁRCEL EN MÉXICO
Pablo Guerrero Sánchez
192. COHESIÓN SOCIAL, RAZÓN Y GOBERNANZA
EL GOBIERNO DE LAS DIFERENCIAS
Mercado, Estado y Sociedad
Miguel Guerrero Olvera
193. LÓGICA SIMBÓLICA PARA ABOGADOS
Juan de Dios González Ibarra
y *José Luis Díaz Salazar*
194. RENOVACIÓN DEL HUMANISMO
Y EMANCIPACIÓN ANTROPOLÓGICA
Hacia una metafísica del umbral a partir de la
filosofía de las formas simbólicas
Roberto Andrés González Hinojosa
195. LEY FEDERAL DEL TRABAJO
Con sus reformas al 30 de noviembre
de 2012 comentadas
Felipe de Jesús González Gutiérrez
196. ENTRE LA REDENCIÓN Y LA CONDUCCIÓN
1970-2012
Benito León Corona
197. SANTA CLARA DE ASÍS
Tesoro de la familia franciscana
(Espiritualidad de Santa Clara)
Fray Jesús Arredondo Marquina
198. EL SISTEMA ACUSATORIO ORAL
DE NAYARIT A DEBATE
Comentarios a la iniciativa de nuevo Código
de Procedimientos Penales del estado de Nayarit
Sergio Arnoldo Morán Navarro,
Irina Cervantes Bravo y
Humberto Lomeli Payán (coords.)
199. EL BAILE DE LAS CABEZAS
Para una estética de la miseria corporal
Antonio Sustaita
200. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA
COMO ESTRATEGIA PARA LOGRAR
VENTAJAS COMPETITIVAS
EN LAS ORGANIZACIONES
Ignacio Almaraz Rodríguez (coord.)
201. LA REALIDAD DE LA COMUNICACIÓN
POLÍTICA
Relaciones de poder, actores y escenarios emergentes
Jorge Luis Castillo Durán,
Angélica Mendieta Ramírez y
Fabiola Coutiño Osorio (coords.)
202. MÉXICO: ENTRE LA UTOPIA Y LA UCRONIA
Antonio Puig Escudero
203. ORIGEN Y FUNDACIÓN DEL DISEÑO MODERNO
Siglos XIX y XX
Ingrid Fugellie
204. RETRATO Y VISUALIDAD
Fabián Giménez Gatto, Alejandra Díaz Zepeda y
Mar Marcos Carretero (coords.)
205. MANUAL DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA
Simón Pedro Izcara Palacios
206. LA ELECCIÓN PRESIDENCIAL DE
MÉXICO 2012
Miradas divergentes
Martha Gloria Morales Garza y
Luis Alberto Fernández García (coords.)
207. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL
Y PROTECCIÓN SOCIAL. VOL. II.
Estudios Internacionales
Gabriela Mendizábal Bermúdez (coord.)
208. LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL
DE LOS PARTIDOS POLÍTICOS
EN MÉXICO
José Fernández Santillán
y *Freddy Mariñez Navarro*
209. ESCULTURAS DE ESCOMBROS
Imágenes y palabras rotas en el mundo
contemporáneo
Antonio Sustaita (coord.)
210. DERECHOS HUMANOS,
REFORMA CONSTITUCIONAL
Y GLOBALIZACIÓN
Héctor González Chévez (coord.)
211. LIBERTADES Y PARTICIPACIÓN
POLÍTICA
Desafíos para la consolidación
democrática en Guanajuato
Jesús Aguilar López (coord.)
212. HACIA LA PERSPECTIVA
ORGANIZACIONAL DE LA
POLÍTICA PÚBLICA
Recortes y orientaciones iniciales
Ayuzabet de la Rosa Albuquerque y
Julio César Contreras Manrique (coords.)
213. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ANTE
LA PLURALIDAD SOCIAL
Benito León Corona,
Roberto Armando Mejía Fonseca y
Israel Cruz Badillo (coords.)
214. LA ÉTICA ANTE LA CRISIS ECOLÓGICA
Lizbeth Sagols
215. JESÚS REYES HEROLES:
Vigencia de sus ideas
(Compilación de textos)
Heriberto M. Galindo Quiñones (coord.)
216. EL DUELO
Cómo integrar la pérdida en
nuestra biografía
Gina Tarditi Ruiz y Fernando Artigas Sabatés
217. INNOVACIÓN Y USO DE RECURSOS
LOCALES EN LA ELABORACIÓN DE
BLOQUES NUTRICIONALES PARA LA
GANADERÍA TROPICAL
René Pinto Ruiz,
Francisco Guevara Hernández,
Heriberto Gómez Castro,
Francisco J. Medina Jonapá
y *Adalberto Hernández López*
218. LA GENEALOGÍA DE LA MORAL
Un escrito polémico
Friedrich Nietzsche (P.A.)

219. LAS DOCTRINAS CONSERVADORAS DEL PARTIDO ACCIÓN NACIONAL
La transición ideológica del falangismo a la democracia cristiana
Héctor Gómez Peralta
220. SOBRE EL CUERPO
Ensayos sobre la estética contemporánea
Caleb Olvera Romero
221. BIOÉTICA Y DONACIÓN ALTRUISTA DE ÓRGANOS
Aciertos y problemas
Cruz Netzahualcōyotl Cardoso
222. LENGUA, MULTICULTURALIDAD E IDENTIDAD
Estudios en contextos educativos mexicanos
Jovanna Matilde Godínez Martínez y Bertha Guadalupe Paredes Zepeda (coords.)
223. ANTROPOLOGÍA DEL MÉTODO
Paloma Bragdon
224. COMUNICACIÓN:
Las TIC y las nuevas sociedades
María Mirna Granat Ramos y Lucinda Sepúlveda García (coords.)
225. COMUNICACIÓN:
La comunicación socialmente responsable para el desarrollo y el cambio educativo
María Mirna Granat Ramos y Lucinda Sepúlveda García (coords.)
226. ERÓTICA DE SACHER-MASOCH
Una mirada psicoanalítica
Rosa Imelda De La Mora
227. AVANCES DISCIPLINARIOS EN EL CAMPO DE LOS ESTUDIOS DEL TRABAJO
Marco Antonio Carrillo Pacheco y Rolando Javier Salinas García (coords.)
228. LA EXTRACOTIDIANIDAD EN EL PROCESO ESCÉNICO
Reflexiones a partir de apuntes sobre el Odin Teatret
Pamela S. Jiménez Dragucevic
229. INTRODUCCIÓN AL SÁDISMO SUPERYOICO
María Cristina Ortega Martínez
230. BUSCANDO UNA IDENTIDAD
Breve historia de la ciencia política en América Latina
Fernando Barrientos del Monte
231. FAMILIA Y CRIANZA EN MÉXICO
Entre el cambio y la continuidad
Hans Oudhof van Barneveld y Erika Robles Estrada
232. PRACTIQUEMOS LOS VALORES
María Elena García Garza y Rosa Elena Ramírez García
233. LO ESENCIAL DEL DESARROLLO SUSTENTABLE PARA JÓVENES Y NO TAN JÓVENES
Evelyn Diez-Martínez
234. SUSTENTABILIDAD Y GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES
Perspectivas teóricas e implicaciones prácticas
Carlos Armando Jacobo Hernández, Sergio Ochoa Jiménez, Emma Vanessa Casas Medina y Ericka Olivas Valdés (coords.)
235. LEGADO OCULTO
Recorriendo las vidas de Juana de Arco, Juana I de Castilla y Sor Juana Inés de la Cruz, de la mano de la historia, la filosofía y la psicología
Patricia Corres Ayala
236. LA ELECCIÓN PRESIDENCIAL DE 2012
Miradas desde el Estado de México
Ramiro Medrano González, Joaquín Ordóñez Sedeño y Alejandro Rafael Alvarado Granados (coords.)
237. POR LOS MÁRGENES DE LO LITERARIO
La literatura ante otros discursos
Araceli Rodríguez López (coord.)
238. SECTOR HOTELERO EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO
Una aproximación a lo factores de desarrollo y competitividad de la hotelería
Martha O. Lobo Rodríguez y María Ramona Valle Ascencio (coords.)
239. ALTAZOR
Alquimia y revelación
Óscar Wong
240. DESCARTES Y PASCAL
El trasfondo espiritual de la filosofía moderna
Francisco de Jesús Ángeles Cerón
241. MODERNIDAD, POSMODERNIDAD, HIPERMODERNIDAD...
TRANSMODERNIDAD
Juan Carlos Moreno Romo
242. TRAMA Y URDIMBRE
Entre la investigación y la creación artística
Irma Fuentes Mata (coord.)
243. HERMENÉUTICA JUSPOLÍTICA
Juan de Dios González Ibarra
244. LA REFORMA CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS Y SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD
Julio Cabrera Dircio, Héctor González Chévez y Daniel Montero Zendejas (coords.)
245. ACTORES SOCIOPOLÍTICOS DEL DESARROLLO URBANO
El caso del valle de México
Gonzalo Alejandro Ramos, Javier Piñeda Muñoz y Yasmín Hernández Romero (coords.)
246. LA LÍNEA AMBIENTAL
Doctorado interinstitucional en derecho
Benjamín Revuelta Vaquero y América Nieto del Valle
247. LOS GOBERNADORES, ENCLAVES DEL AUTORITARISMO EN MÉXICO
Sometimiento y subordinación de los medios de comunicación locales
Germán Espino Sánchez y Efraín Mendoza Zaragoza
248. EL CANSANCIO CIUDADANO DE LA CORRUPCIÓN EN MÉXICO
Instituciones líquidas y garantismo
Juan de Dios González Ibarra y Gerardo González Camarena

249. 15 PERSONAJES EN BUSCA DE OTRA ESCUELA
Basil Bernstein, Élise Freinet, Paulo Freire, Iván Illich, André Inizan, André Lapierre, Michel Lobrot, Mario Lodi, Lucio Lombardo Radice, Gaston Mialaret, Jean Piaget, George Snyders, Bogdan Suchodolski, Francesco Tonucci y René Zazzo
250. GOBIERNOS LOCALES Y ESTUDIOS REGIONALES
Héctor Gómez Peralta, Miguel Guerrero Olvera y Pablo Guerrero Sánchez (coords.)
251. REVISIÓN TEÓRICA DEL CONCEPTO DE ABANDONO
 Una mirada multidisciplinaria
Gabriela Fuentes Reyes y María de Lourdes Morales Reynoso (coords.)
252. JÓVENES, INTERACCIONES Y PRÁCTICAS SOCIOCOMUNICATIVAS
 Dos estudios en contextos educativos y multiculturales
Santiago Roger Acuña (coord.) (P.A.)
253. TELECOMUNICACIÓN Y RADIODIFUSIÓN EN LA ENCRUCIJADA
 Regulación, economía y cambio tecnológico
María Elena Meneses, Jorge Bravo y María Gabino (coords.)
254. ESTADÍSTICA Y CIENCIA
 Investigación cuantitativa en diversas disciplinas
Russell J. Bowater y Denise Gómez Hernández (coords.)
255. POR UNA NUEVA ÉTICA DE LO PÚBLICO EN MÉXICO
 Experiencias sobre el impacto de la corrupción en la eficiencia gubernamental
Enrique Cruz Martínez (coord.)
256. MANUAL BÁSICO DE PROGRAMACIÓN CNC PARA CENTROS DE MAQUINADO
José Abel Cervantes Cortez (P.A.)
257. AL LÍMITE
 Estética y ética de la violencia
Antonio Sustaita (Coord.)
258. ¿DOSCIENTOS AÑOS DE QUÉ?
 O sobre nuestra ambigua relación con la Modernidad, con la filosofía y con las humanidades
Juan Carlos Moreno Romo
259. TEMAS SELECTOS DE ALTA DIRECCIÓN EN LA INDUSTRIA MANUFACTURERA EN QUERÉTARO
Graciela G. Ayala Jiménez
260. CONGRESOS ESTATALES EN MÉXICO
 Una revisión a partir de la producción legislativa y la aprobación presupuestal
Fernando Patrón Sánchez
261. TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE I
Miriam Hume Figueroa y Gabriela López Aymes (coords.)
262. TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE II
 Cuaderno de trabajo para el alumno
Miriam Hume Figueroa y Gabriela López Aymes (coords.)
263. MIGRANTES, TRANSMIGRANTES, DEPORTADOS Y DERECHOS HUMANOS
 Un enfoque binacional
Karla Lorena Andrade Rubio y Simón Pedro Izcara Palacios (coords.)
264. VOZ Y ACCIONES DE LOS INVESTIGADORES DEL SNI
 Retos y propuestas
Angélica Mendieta Ramírez (coord.) (P.A.)
265. NUEVAS VOCES DE LA DEMOCRACIA EN MÉXICO
Mario Cruz Martínez (coord.)
266. EL TLATOANI DE CAPARROSO:
 José López Portillo, México y España
Carlos Sola Ayape
267. NUEVOS CONCEPTOS EN LA CULTURA VIRTUAL...
 Visualmiento / Touch-cultura
Vicente López-Velarde Fonseca
268. DIÁLOGOS TRANSDISCIPLINARIOS V
 Diálogos con escritores y pintores del siglo xx
Julio César Schara
269. GRUPO INFANTIL NATURAL - GRUPO ANALÍTICO DE PADRES
 Formación, investigación y práctica
Ana María del Rosario Asebey Morales
270. ...PORQUE NO PUEDO BAILAR CON CAPA Y SIN CAPA NO PUEDO BAILAR...
 Las metáforas como recurso para comprender la mente infantil
Gabriela Calderón Guerrero
271. PSICOANÁLISIS, CLÍNICA Y SOCIEDAD
Rosa Imelda De La Mora y Raquel Ribeiro Toral (coords.)
272. QUEER & CUIR
 Políticas de lo irreal
Fernando R. Lanuza y Raúl M. Carrasco (comps.)
273. CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ:
 Su medición y propuesta de un modelo
José González Tovar, Rosa Isabel Garza Sánchez y Jesús Acevedo Alemán
274. EMMANUEL LEVINAS
 La alteridad y la política
Patricia Corres Ayala
275. SURCANDO LA DEMOCRACIA:
 México y sus realidades
René Torres-Ruiz, Helena Varela Guinot (coords.)

276. SUSTENTABILIDAD EN MÉXICO
Iliana Rodríguez Santibáñez y José Fernández Santillán (coords.)
277. DISERTACIONES JURÍDICAS CONTEMPORÁNEAS
Gustavo Aguilera Izaguirre (coord.)
278. FILOSOFÍA Y DERECHOS HUMANOS: HACIA LA JUSTICIA
María del Rosario Guerra González
279. NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DEL SIGLO XXI
Diana del Consuelo Caldera
280. AUTOBIOGRAFÍA DE UNA MUJER EMANCIPADA
La juventud y la moral sexual,
El comunismo y la familia,
Plataforma de la oposición obrera
Alexandra Kollontai
281. FUNDAMENTOS DE LA FILOSOFÍA DEL DERECHO
G. W. F. Hegel
282. ESTUDIOS SOBRE COMUNICACIÓN POLÍTICA EN LATINOAMÉRICA
Carlos Muñoz, Alma Rosa Saldíema, Felipe de Jesús Marañón y Laura Maldonado (coords.)
283. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DEMOCRACIA EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN
Claire Wright y Verónica Ascensión Cuevas Pérez (coords.)
284. EJES TRANSVERSALES DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES, NEGOCIOS INTERNACIONALES Y DIPLOMACIA
Gerardo Tamez González y Carlos Ernesto Teisser Zavala
285. RELACIONES INTERNACIONALES Y DESARROLLO GLOBAL
América Latina en el contexto regional
Rafael Velázquez Flores, Salvador Gerardo González Cruz y Santos López Leyva (coords.)
286. IMPROVISACIÓN
Proceso metodológico
Benito Cañada Rangel
287. LA ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE PENSIONES DE CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL EN EL CONTEXTO MEXICANO
Felipe A. Pérez Sosa
288. ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y EDUCACIÓN INCLUSIVA.
Cuestiones teóricas y prácticas Vol. I
Gabriela López
289. FALANGISTA E INFORMANTE DEL FRANQUISMO:
El padre Mateo y su viaje a México en 1947
Carlos Sola
290. POLÍTICAS PÚBLICAS Y SUS PROGRAMAS SOCIALES
Dirigidos a grupos vulnerables en Puebla
Francisco José Rodríguez Escobedo
291. LA INTERVENCIÓN DEL EJÉRCITO EN LA SEGURIDAD PÚBLICA INTERIOR
La alternativa adoptada para la salvaguarda de los derechos y patrimonio de las personas en México
Juan Antonio Caballero Delgadillo
292. LAS ORGANIZACIONES CIVILES EN LOS PROCESOS ELECTORALES EN MÉXICO
Alfonso León Pérez
293. EL TERCER SECTOR Y LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL EN MÉXICO
Las OSC del Municipio de Puebla
Miriam Fonseca López
294. LA LECTURA COMO MISTERIO COMPARTIDO
Guía docente: el uso de preguntas para enseñar a pensar
Javier González García
295. LAS REFORMAS CONSTITUCIONALES Y SU IMPACTO EN EL MUNICIPIO
Julio Cabrera Diricio, Héctor González Chávez y Daniel A. Montero Zendejas (coords.)
296. DERECHO, MEDIO AMBIENTE Y SUSTENTABILIDAD
Reflexiones y perspectivas de una discusión compleja
Juan de Dios González, Juan Cajas y Juan Carlos Bermúdez (coords.)
297. TERRITORIO Y POLÍTICA SOCIAL SUBNACIONAL DE MÉXICO
María del Pilar Berrios Navarro, Álvaro Fernando López Lara y Pedro Humberto Moreno Salazar (coords.)
298. INNOVACIÓN PÚBLICA
Para que funcionarios públicos y ciudadanos actúen con saberes cívicos
Freddy Mariñez Navarro
299. LIBRO DE TEXTO PARA PENSIONES PRIVADAS
Definiciones, datos y ejemplos
Denise Gómez Hernández
300. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA
Análisis propositivo para la adhesión de México. Estudio comparado
Manuel H. Ruiz de Chávez, Sandra Carrizosa Guzmán, Karla Sánchez Villanueva y Anna Flor Cadena Castillo
301. COYOTAJE Y MIGRACIÓN INDOCUMENTADA
La teoría de la demanda laboral
Simón Pedro Izcara Palacios
302. OUTSOURCING
Juan Moisés Calleja García
303. LA TEORÍA ESPACIAL DEL VOTO EN LATINOAMÉRICA
Luis Eduardo León Ganatíos
304. PARTICIPACIÓN DELIBERATIVA, PROCESOS LEGISLATIVOS Y LEGITIMIDAD DEMOCRÁTICA
Un análisis de la Ley de participación ciudadana en Coahuila
Gerardo Bonilla Alguera

305. EL MITO COMO OPERADOR SIMBÓLICO. VOL. I
Con-jugar la estructura
(Mito y complejidad humana)
Paloma Bragdon
306. DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DEL ESTADO MEXICANO:
Casos paradigmáticos
Alejandra Flores Martínez (P. A.)
307. EL LENGUAJE COTIDIANO DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:
Desde las voces de los actores
María Mayley Chang Chiu
308. TECNOLOGÍA Y DESARROLLO
Graciela Lara
309. NARCOTRÁFICO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y OPINIÓN PÚBLICA
José Antonio Meyer Rodríguez
310. ARTE Y COGNICIÓN
Javier González García
311. ALFABETIZACIÓN EMOCIONAL A TRAVÉS DE LAS ARTES
Javier González García (coord.)
312. LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN COMO REQUISITO ESENCIAL PARA LA GARANTÍA DE LAS LIBERTADES INFORMATIVAS
Luis Gerardo Rodríguez Lozano
313. LA CONFIGURACIÓN INDUSTRIAL DEL SECTOR AEROSPAZIAL EN EL ESTADO DE QUERÉTARO, MÉXICO
Retos y posibilidades de desarrollo
Rolando Javier Salinas García
314. PENSAMIENTO Y ACCIÓN EN TORNO A LA FAMILIA:
Modelos y competencias parentales
José Francisco Martínez Licona (P. A.)
315. AVANCES DE LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA / EDUCACIÓN INCLUSIVA Y LA FORMACIÓN DOCENTE PARA LA INCLUSIÓN EN MÉXICO
Ismael García Cedillo y Silvia Romero Contreras (P. A.)
316. AVANCES, PERSPECTIVAS Y RETOS EN EL MARCO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD
Omar Sánchez-Armáss Capello y Godeleva Rosa Ortiz Viveros (P. A.)
317. APORTES DE LA PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN PARA LA SALUD
Omar Sánchez-Armáss Capello y Godeleva Rosa Ortiz Viveros (P. A.)
318. ATENEO FUENTE:
La forja de un patrimonio escolar
María Candelaria Valdés Silva
319. LOS OLVIDADOS, LA DISCAPACIDAD INFANTIL
Jesús Acevedo Alemán
320. AMOR EN TIEMPOS DE EQUIDAD
El caso de las y los jóvenes de Coahuila
Alicia Hernández Hernández Montaño
321. NO SOY YO, SOS VOS
Espacios exteriores
María Eugenia Molar Orozco
322. POLÍTICA SOCIAL, DESIGUALDAD Y POBREZA
El caso de México
Luis Gutiérrez Flores e Ignacio Llamas Huitrón
323. MIGRACIÓN INDOCUMENTADA Y TRATA DE PERSONAS
Simón Pedro Izcara Palacios y Karla Lorena Andrade Rubio (coords.)
324. MIRADAS CRÍTICAS A LA COMPLEJIDAD DE LA VIOLENCIA UNIVERSITARIA
Graciela Sánchez Guevara e Irene Sánchez Guevara (coords.)
325. MÁS ALLÁ DEL BIEN Y DEL MAL
Friedrich Nietzsche
326. LA CULTURA NORMATIVA HÑÄHNÜ
Introducción al estudio del sistema de derecho de una comunidad indígena en el Valle del Mezquital
Alejandro Santiago Monzalvo
327. LA CRISIS CAPITALISTA Y LOS DESAFÍOS PARA EL PENSAMIENTO CRÍTICO
Rubén Ibarra Escobedo (coord.)
328. GOBERNABILIDAD Y NUEVOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO SOCIAL
Rubén Ibarra Reyes (coord.)
329. INNOVACIÓN EDUCATIVA
Situaciones para el aprendizaje de las matemáticas
Evelia Reséndiz Balderas y María Guadalupe Simón Ramos
330. TRANSMIGRANTES CENTROAMERICANOS EN TAMAULIPAS
Simón Pedro Izcara Palacios y Karla Lorena Andrade Rubio
331. GLOBALIZACIÓN:
Auge y retroceso
Simón Pedro Izcara Palacios
332. GLOBALIZACIÓN Y DESARROLLO
Karla Lorena Andrade Rubio (coord.)
333. LA HABITACIÓN DE LOS ESPEJOS:
Investigación y comunicación en las ciencias sociales y humanas
Consuelo Patricia Martínez Lozano (coord.)
334. INNOVACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS
Sergio Correa Gutiérrez (P.A.)
335. LA PSIQUE EN EL MEDIEVO
Patricia Corres Ayala
336. PROBLEMÁTICAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SINALOA
Rosalinda Gámez Gastélum y Jesús Enrique Sánchez Zazueta (coords.)

337. APUNTES SOBRE LA LIBERTAD
Daniel Cerna Álvarez
338. LA ALTERNANCIA POLÍTICA DE LAS GUBERNATURAS EN MÉXICO
Orlando Espinosa Santiago
339. ESTUDIOS CONSTITUCIONALES DESDE UNA PERSPECTIVA DEL DERECHO PARLAMENTARIO
Claudia E. Robles Cardoso (coord.) (P. A.)
340. EL PAPA FRANCISCO:
Del conservadurismo al reformismo
Jorge Gutiérrez Chávez
341. PERSPECTIVAS SOCIOCULTURALES SOBRE EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA EN LA EDUCACIÓN
Daniel Solís Domínguez (coord.)
342. PROCESOS EDUCATIVOS EN CONTEXTOS DE DESIGUALDAD, DISCRIMINACIÓN, EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA
Perspectivas y prácticas desde los y las estudiantes
Daniel Solís Domínguez
343. ACTORES SOCIALES
Ivy Jacaranda Jasso Martínez, Brigitte Lamy y Vanessa Freitag (coords.)
344. IDENTIDADES Y PATRIMONIOS
Encrucijadas entre lo material y lo intangible
Alejandro Martínez de la Rosa (coord.)
345. CIUDADANÍA Y GRUPOS VULNERABLES EN MÉXICO
Katya Rodríguez, Carmen Rea Campos y Juan Russo (coords.)
346. DESARROLLO DESDE LO LOCAL Y DINÁMICAS TERRITORIALES
Juan Antonio Rodríguez González, Lorena del Carmen Álvarez-Castañón, David Tagle Zamora y José Luiz Coronado Ramírez (coords.)
347. DEMOCRACIA EN AMÉRICA LATINA
Entre el ideal utópico y las realidades políticas
Alex Ricardo Caldera Ortega y Armando Chaguaceda Noriega (coords.)
348. EDUCACIÓN Y SALUD
Evidencias y propuestas de investigación en Sonora
Raquel García Flores, Sonia Verónica Mortis Lozoya, Jesús Tánori Quintana y Teresa Iveth Sotelo Quiñonez (coords.)
349. EL MITO COMO OPERADOR SIMBÓLICO VOL. II
El origen del vínculo social (mito y complejidad humana)
Paloma Bragdon
350. ORGANIZACIONES Y GLOBALIZACIÓN
Juan de Dios González Ibarra y Silvia Cartujano Escobar (coords.)
351. CULTURA DE LA VIOLENCIA Y FEMINICIDIO EN MÉXICO
Ma. Aidé Hernández García y Fabiola Coutiño Osorio (coords.)
352. MI PUNTO DE VISTA
Sören A. Kierkegaard
353. VESTIR Y DESVESTIR:
Mujeres, moda y sexualidad en Querétaro (1940-1960)
Oliva Solís Hernández
354. METODOLOGÍAS PARA LA FORMACIÓN ARTÍSTICA
Irma Fuentes Mata (coord.)
355. SHAKESPEARE VS. IBSEN
Victor Grovas Hajj
356. LA RESPONSABILIDAD SOCIAL
Un análisis desde la perspectiva de los *stakeholders* en Tamaulipas
Yesenia Sánchez Tovar y Mariana Zerón Félix (coords.)
357. HERRAMIENTAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS PARA LA GESTIÓN TURÍSTICA
José Gabriel Ruiz Andrade, Omaira Cecilia Martínez Moreno y Ricardo Verján Quiñones (coords.)
358. MIGAJAS FILOSÓFICAS
Sören Kierkegaard
359. ESCENARIOS Y DESAFÍOS DE LA TECNOLOGÍA EDUCATIVA
Ma. Teresa García Ramírez
360. AVANCES EN LAS CIENCIAS QUÍMICO BIOLÓGICAS
Gustavo Santoyo Pizano y Homero Reyes de la Cruz (coords.)
361. LOS JÓVENES Y SU SEXUALIDAD; DESAFÍOS Y RIESGOS
Mayra Aracely Chávez Martínez
362. ESTADÍSTICA APLICADA EN INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS
Ignacio Almaraz Rodríguez (coord.)
363. CUIDADOS PALIATIVOS
Medicina que apuesta por la calidad de vida
Gina Tarditi y Mariana Navarro
364. DESARROLLO RURAL E IDENTIDADES
Una diversidad de experiencias en México
Alberto Valdes Cobos (coord.)
365. ESTUDIOS ESTRATÉGICOS DESDE LO LOCAL: GOBIERNO Y TUTELA
Miguel Guerrero Olvera y Jorge Ariel Ramírez Pérez (coords.)
366. HEIDEGGER
Por los caminos hispanoamericanos y otras veredas
Juan de Dios González Ibarra
367. VÍAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UN CONTEXTO DEMOCRÁTICO
Juan de Dios Martínez Villarreal, Alma Rosa Saldierna Salas, Pedro Paul Rivera Hernández y Karla Rodríguez-Burgos (coords.)
368. GOBERNANZA (P.A.)

369. THE FREAK SHOW
El circo de los anormales
Jesús Acevedo Alemán
370. COMUNICACIÓN POLÍTICA Y COMPROMISO CÍVICO EN MÉXICO:
Medios, campañas y su impacto en las actitudes y la participación cívica en la elección presidencial de 2012
Oniel Díaz
371. EDUCACIÓN Y LUCHA DE CLASES
Anibal Ponce
372. LA EDUCACIÓN MORAL
Émile Durkheim (P.A.)
373. EL NEOLIBERALISMO, UN MOMENTO DE LA GLOBALIZACIÓN
Alessandro Bonanno, Francisco Martínez Gómez y Gilberto Aboites Manrique
374. DEFICIENCIAS EN LA DEMOCRACIA LIBERAL CONTEMPORÁNEA
Abril Uscanga Barradas
375. EST(É)TICA DE LO ABYECTO
El cuerpo como horizonte narrativo
Antonio Sustaita y Dora Elvira García
376. IMAGINACIÓN Y APRENDIZAJE NARRATIVO:
El proceso de creación como laboratorio de metáforas
Javier González García
377. FILOSOFÍA Y TEORÍA JURÍDICA
Una relación epistemológica
José Nava Bedolla
378. ARSÉNICO:
Perspectiva epidemiológica, ambiental y de salud
J. Mórán Martínez y Jf. García Salcedo (coords.)
379. FINANZAS POPULARES EN MÉXICO
Graciela Lara Gómez, Felipe Abelardo Pérez Sosa y Jesús Hurtado Maldonado
380. LA PIEDRA ESA
La clínica en las instituciones
Ma. Guadalupe Reyes Olvera (coord.)
381. LA VALÍA DE LA ESCRITURA TESTIMONIAL PARA LA ENSEÑANZA PSICOANALÍTICA
Francisco Javier Rosales Álvarez
382. EL ORIGEN DEL HOMBRE
Charles Darwin
383. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA
Retos del nuevo milenio
Laura Padilla Castro (P.A.)
384. PROBLEMAS CONTEMPORÁNEOS DEL DERECHO PÚBLICO
Por un redimensionamiento más efectivo del orden jurídico. Tomo I
Enrique Cruz Martínez y Claudia Elena Robles Cardoso (coords.)
385. PROBLEMAS CONTEMPORÁNEOS DEL DERECHO PÚBLICO
Por un redimensionamiento más efectivo del orden jurídico. Tomo II
Enrique Cruz Martínez y Claudia Elena Robles Cardoso (coords.)
386. RAZÓN Y POLÍTICA
La obra de Norberto Bobbio
Elisabetta di Castro (P.A.)
387. CULTURA DE LA LEGALIDAD CIUDADANA
Análisis sobre el caso de Monterrey
Xóchitl A. Arango Morles, Oswaldo Leyva Cordero, Felipe Marañón Lazcano y David F. Lozano Treviño (coords.)
388. LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
Gloria Angélica Valenzuela Ojeda y Concepción Barrón Tirado (coords.)
389. SEGURIDAD PÚBLICA PRESUPUESTO Y DERECHOS HUMANOS
Héctor González Chévez (coord.)
390. EL DESARROLLO DE LA DISCIPLINA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS AUTORES. Vol. I
Francisco José Rodríguez Escobedo y Miriam Fonseca López (coords.)
391. MARX Y NUESTRA AMÉRICA DEL SIGLO XXI FIN DE LA CIVILIZACIÓN CAPITALISTA:
Crítica desde la vida y razón comunitaria como alternativa
Camilo Valqui Cachi
392. ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y REFORMA DEL ESTADO EN MÉXICO
José Juan Sánchez González
393. HEGEL HISTORIADOR
Gioacchino Gargallo y Di Castel Lentini
394. FEDERALISMO Y RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN MÉXICO Y BRASIL
Alejandro Alejo Pompilio Aguilar Miranda, Joel Mendoza Ruiz y Roberto Moreno Espinoza (coords.)
395. LA COMUNICACIÓN POLÍTICA EN EL GOBIERNO MUNICIPAL
Alejandro Alejo Pompilio Aguilar Miranda (coord.)
396. LEYES CIENTÍFICAS
Dos dogmas de la filosofía analítica
María Alicia Pazos
397. CIENCIA FALIBLE
Aproximaciones lógico filosóficas
María Alicia Pazos y David Gaytán Cabrera (P.A.)
398. FIN DE LA MIGRACIÓN EXCESIVA HACIA ESTADOS UNIDOS Y DESAFÍOS PARA AMÉRICA LATINA
José Luis Hernández Suárez
399. LUCHAS DE RESISTENCIA
La emergencia del antagonismo al capitalismo contemporáneo
Héctor de la Fuente Limón y Rubén Ibarra Reyes (coords.)
400. IDENTIDADES EN MOVIMIENTO
Los inmigrantes en el México contemporáneo
Isabel Izquierdo Campos (coord.)

401. APERTURA COMERCIAL Y DESEMPEÑO DE LA ECONOMÍA DEL ESTADO DE JALISCO
Un análisis multisectorial de insumo-producto
Miriam Valdés Ibarra
402. UNA MIRADA AL MODO DE VIVIR Y APRENDER DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Perla María Trejo Ortiz
403. SIMBIOSIS GUADALUPANA
Historia e imagen sagrada en el mundo ezar
Luis Enrique Ferro Vidal
404. EL GÉNERO
El arte de su resignificación
Célica E. Cánovas Marmo
405. LOS ÁRBITROS CIEGOS
Carlos Eduardo Tommasi Villamil
406. PROCESOS EDUCATIVOS, FAMILIA Y VIOLENCIA ESCOLAR
Resultados e investigaciones
Maricela Urías Murrieta, Sonia Beatriz Echeverría Castro, Ángel Alberto Valdés Cuervo y Christian Oswaldo Acosta Quiroz (coords.)
407. ALCANCES DE PSICOLOGÍA
Iris Rubí Monroy Velasco y Karla Patricia Valdés García (coords.)
408. TENDENCIAS DE LA PSICOLOGÍA ACTUAL
Joel Zapata Salazar (coord.)
409. EL HÉROE EN LA LITERATURA GAUCHESCA ARGENTINA DEL SIGLO XIX
José Miguel Sardiñas Fernández
410. LA ÍNTIMA SILUETA DE LO LOCAL
Miriam Reyes Tovar, Luis Enrique Ferro Vidal y Mario Jesús Aguilar (coords.)
411. LA UNIVERSIDAD DE CARA A LA CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Lucía Álvarez, Manuel Canto y Ursula (coords.)
412. VEJEZ Y TRABAJO EN LA CIUDAD DE MONTERREY
Un análisis de trayectorias laborales
Fernando Bruno
413. CON EL SEGUNDO HEIDEGGER POR LOS CAMINOS DEL HABLA
Juan de Dios González Ibarra
414. ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ECOTECNIAS: Reflexiones teórico-prácticas
Daniel Tagle Zamora y Jacobo Herrera Rodríguez (coords.) (P. A.)
415. VIDEOPOLIS:
Una sociedad sin cuerpos
Ramón Ramírez Ibarra
416. EL ARTE COMO TERAPIA
Aportes de disciplinas psico-físicas para un mayor autoconocimiento
Pamela Soledad Jiménez Dragucevic (coord.)
417. TRILCE:
Ficcionalidad deíctica e intención comunicativa
Salomón Mariano Sánchez
418. ENSEÑAR ANTROPOLOGÍA
Los alfareros de la palabra
Paloma Bragdon
419. PARTIDOS POLÍTICOS, CAMPAÑAS ELECTORALES Y REDES SOCIALES EN LO LOCAL:
Elecciones 2015 en el Estado de México
Leticia Heras Gómez, Ramiro Medrano González y Oniel Francisco Díaz Jiménez (coords.)
420. CUENCAS HIDRÁULICAS
Julio César Schara
421. e-CORPUS i-CORPUS (ARTE Y TECNOLOGÍA)
Nuevos conceptos a las relaciones entre el cuerpo y la tecnología
Vicente López-Velarde Fonseca
422. EL MEME EN INTERNET, IDENTIDAD Y USOS SOCIALES
Gabriel Pérez Salazar
423. DESNUDO Y DESNUDEZ
Martha Gutiérrez Miranda (coord.)
424. ESTUDIOS EMPRESARIALES EN MÉXICO
Suly Sindy Pérez Castañeda (coord.)
425. RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA
El reto de crear una cultura de los Derechos Humanos
Reynaldo Robles Martínez, Claudia Elena Robles Cardoso y Roberto Emilio Alpizar González (coords.)
426. LA MUJER EN LA BÚSQUEDA DEL EQUILIBRIO ANTE LOS GÉNEROS
Itzel Arriaga Hurtado y Alfredo García Rosas (coords.)
427. EXCLUSIÓN SOCIAL, MARGINACIÓN Y POBREZA: Tópicos vigentes
Laura Karina Castro Saucedo
428. POR UNA ESCUELA DEL PUEBLO
Célestin Freinet
429. EL MEXICANO
Alquimia y mito de una raza
Manuel Aceves
430. TROTSKY EN EL ESPEJO DE LA HISTORIA (ENSAYOS)
Gabriel García Higuera
431. LA TEORÍA DE LA REVOLUCIÓN PERMANENTE (COMPILACIÓN)
León Trotsky
432. DESAFÍOS DE LA INCLUSIÓN Y PROCESOS DE COMUNICACIÓN
Andrea Aguilar Edwards
433. STALIN
Una valoración del hombre y su influencia
León Trotsky
434. DE LA LUMBRE AL FOGÓN
La campesina de Zacatecas en el neoliberalismo
Humberto de Luna López

435. UNA PROPUESTA DE MONITOREO DE TRANSPARENCIA EN MUNICIPIOS:
Estudios comparados y resultado del seguimiento de páginas electrónicas en Zacatecas 2013-2016
Lázaro Ávila Cabrera y Manuel Cedeño del Olmo (coords.)
436. DE LAS ECOTECNIAS A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
Daniel Tagle Zamora, Alex Caldera Ortega y Lorena Álvarez Castañon (coords.)
437. ECONOMÍA ECOLÓGICA:
Análisis y reflexiones para la sustentabilidad
Daniel Tagle Zamora, Mario Fuente Carrasco y Alex Caldera Ortega (coords.)
438. EL DEBIDO PROCESO DE LAS PARTES VULNERABLES (P. A.)
439. MÉTODOS ESTADÍSTICOS APLICADOS EN LAS CIENCIAS SOCIALES (P. A.)
440. LA URBANIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO SUSTENTABLE (P. A.)
441. PLURALISMO JURÍDICO, ALTERNATIVIDAD Y DERECHO INDÍGENA
Óscar Correas
442. MANEJO FORESTAL COMUNITARIO Y SUSTENTABILIDAD EN SIERRA JUÁREZ, OAXACA
Ricardo Clark Tapia, Mario Fuente Carrasco, Cecilia Alfonso Corrado, Mario Fernando Ramos Morales y Victor Aguirre Hidalgo
443. DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA ALTERNA
Julio Cabrera Dircio, Daniel A. Montero Zendejas y Omar Huertas Díaz (coords.)
444. FORMACIÓN CÍVICA Y SOCIALIZACIÓN POLÍTICA EN LA EDUCACIÓN BÁSICA
Alma Rosa Saldierna y Carlos Muñiz (coords.)
445. LA VIOLENCIA, DESDE LA MIRADA CLÍNICA DE LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO
María Cristina Ortega Martínez y Ruth Vallejo Castro (coords.)
446. BIENESTAR SOCIAL Y POBREZA
Eramis de la Cruz Bueno Sánchez, José Luis Hernández Suárez, Rubén Ibarra Escobedo, Rubén de Jesús Ibarra Reyes y Gloria Valle Rodríguez
447. EL BIENESTAR SOCIAL EN ZACATECAS
Una nota metodológica
Rubén Ibarra Escobedo
448. EL DISCURSO DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
Nohemí Bello Gallardo, Alina del Carmen Nettel Barrera y Gabriela Aguado Romero (Coords.)
449. CONSTRUYENDO LA IGUALDAD DE GÉNERO:
Cultura, respeto, asertividad y acciones para la paz
450. LA REVOLUCIÓN SOCIALISTA Y LA LUCHA POR LA LIBERACIÓN DE LA MUJER
Documento
451. LA LUCHA CONTRA EL FASCISMO
El proletariado y la revolución
León Trotsky
452. LA OPOSICIÓN DE LA IZQUIERDA EN LA U.R.S.S.
León Trotsky et al.
453. LOS GÁNGSTERS DE STALIN
León Trotsky
454. LA REVOLUCIÓN TRAICIONADA
León Trotsky
455. LA REVOLUCIÓN PERMANENTE
León Trotsky
456. PYMES Y EMPRENDIMIENTO:
Análisis de los factores locales de desarrollo endógeno, en México y Colombia
Luis Ramón Moreno Moreno y Virginia Guadalupe López Torres (coords.)
457. INCLUSIÓN EDUCATIVA Y RECONOCIMIENTO SOCIAL
Una reflexión propositiva para las políticas y reformas educativas
José Juan Sáinz Luna, Aurora Cuevas Peña, Mónica Torres Sánchez, Ramón Ascencio Franco, Rosa María Cervantes Sánchez, Antonio Sandoval Ávila, Manuel Zataráin Castellanos, Antonio Luzón Trujillo, María Magdalena Jiménez Ramírez, César Correa Arias y Ricardo Romo Torres
458. PÓMEZ Y EMPRENDIMIENTO:
Análisis de los factores locales de desarrollo endógeno, en México y Colombia
Luis Ramón Moreno Moreno y Virginia Guadalupe López Torres (Coords.)
459. MIRADAS INTERDISCIPLINARIAS DE CINE Y LITERATURA NACIONAL
Salomón Mariano Sánchez
460. BREVE HISTORIA DE LA FORMACIÓN TEATRAL EN MÉXICO
Víctor Grovas Hajj
461. HACIA UNA PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA DE LA DISCIPLINA DE LA MERCADOTECNIA
Susana Berenice Vidrio Barón Alma Ruth Rebolledo Mendoza Refugio Humberto Tene
462. EL PSICOANÁLISIS HOY
María Cristina Ortega Martínez



Coordinada por

**Karina Ansolabehre, Claudio López-Guerra, Saúl López Noriega,
David Peña, Andrea Pozas-Loyo y Rodolfo Vázquez**

1. ¿POR QUÉ LEER A MARX HOY?
*Manuel Atienza, Luis Salazar Carrión y
Arnaldo Córdova*
2. ¿POR QUÉ LEER A RABASA HOY?
*Jesús Silva-Herzog Márquez, José Antonio Aguilar y
Pablo Mijangos*
3. ¿POR QUÉ LEER A DURKHEIM HOY?
*Juan Carlos Geneyro, Antonio Azuela y
Juan Carlos Marín*
4. ¿POR QUÉ LEER A WEBER HOY?
*Nora Rabotnikof, Ulises Schmill y
Gina Zabludovsky*
5. ¿POR QUÉ LEER A FERGUSON HOY?
Isabel Wences, José Hernández y Julio Beltrán
6. ¿POR QUÉ LEER A SMITH HOY?
Alfonso Ruiz Miguel, Isaac Katz y Pablo Larrañaga
7. ¿POR QUÉ LEER A ALAMÁN HOY?
*Andrés Lira, Catherine Andrews y
Josefina Z. Vázquez*
8. ¿POR QUÉ LEER A MILL HOY?
*Mark Platts, Miguel Carbonell y
Juan Carlos Geneyro*
9. ¿POR QUÉ LEER A SCHMITT HOY?
Carlos Bravo, Lorenzo Córdova y Enrique Serrano
10. ¿POR QUÉ LEER A BENTHAM HOY?
José Juan Moreso y Germán Sucar
11. ¿POR QUÉ LEER A TOCQUEVILLE HOY?
*Roberto Breña, Claudio López-Guerra y
Jesús Silva-Herzog Márquez*
12. ¿POR QUÉ LEER AL FEDERALISTA HOY?
*Juan F. González Bertomeu, Gabriel L. Negretto y
Andrea Pozas-Loyo*
13. ¿POR QUÉ LEER A BURKE HOY?
*José Juan López Portillo, Juan Espínola Mata y
Catherine Andrews*
14. ¿POR QUÉ LEER A NIETZSCHE HOY?
Germán Sucar, Enrique Serrano y Brian Bix
15. ¿POR QUÉ LEER A ROUSSEAU HOY?
*Antonella Attili, Luis Salazar Carrión y
Julieta Marcone*

*Esta obra se imprimió bajo el cuidado de Ediciones Coyoacán, S. A. de C. V.,
Av. Hidalgo No. 47-B, Colonia Del Carmen, Deleg. Coyoacán, 04100,
Ciudad de México, en noviembre de 2018
El tiraje fue de 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.*

