

Gaceta



Edición especial

Órgano Informativo de la Comisión Nacional de Bioética Año XI Núm. 43 Marzo de 2022

Comisión Nacional de Bioética

30° Aniversario

Tres décadas de compromiso con el desarrollo de la bioética en México



encuentro bioético

Conversación con Florencia Luna

Directora del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Sede Argentina



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



30
1992
2022
ANIVERSARIO



gob.mx/salud/conbioetica

In Memoriam

Doctor Ruy Pérez Tamayo
1924-2022



La Comisión Nacional de Bioética lamenta el sensible fallecimiento del doctor Ruy Pérez Tamayo, acaecido el pasado 27 de enero en Ensenada, Baja California. En razón de lo anterior, es importante recordarlo como uno de los mayores representantes de la comunidad científica y académica nacional, en su amplia trayectoria destaca su valiosa contribución al campo de estudio y aplicación de la bioética en México.

Se caracterizó por ser impulsor y divulgador de la misma, con el propósito de que el público no especializado comprendiera sus aspectos más relevantes. Desde la perspectiva del doctor Ruy Pérez Tamayo, la bioética o ciencia de la supervivencia debía cimentarse en la biología, ampliada más allá de sus límites tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y de las humanidades, con énfasis en la filosofía en su sentido estricto. En su planteamiento consideraba la relevancia de hacer a un lado cualquier referencia a normas éticas trascendentales, principios religiosos o dogmas autoritarios.

Descanse en Paz



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



30 1992
2022
ANIVERSARIO



gob.mx/salud/conbioetica

2 Editorial

*30° Aniversario de la Comisión Nacional de Bioética
Tres décadas de compromiso con el desarrollo
de la bioética en México*

3 A fondo

- *Análisis y reflexiones sobre medio siglo
de historia de la bioética*
Evandro Agazzi

8

- *Competencias bioéticas en el pre y posgrado.
Su incorporación en los ámbitos de enseñanza,
aprendizaje y capacitación en salud*
Alberto Lifshitz Guinzberg

14

- *Dilemas al inicio y final de la vida.
Consideraciones desde la bioética hacia
la legislación en México*
Bernardo García Camino

18

- *Estrategias para la humanización
en la práctica de Enfermería*
Fabiana Maribel Zepeda Arias y Marisela Moreno Mendoza

23

- *Aspectos bioéticos de las tecnologías
disruptivas en la atención sanitaria*
Manuel Jesús López Baroni

29 Tareas y perspectivas institucionales

- *Trazos históricos. Del grupo de estudio
a la Comisión Nacional de Bioética*
Ariana Leticia Landín López y Raúl Jiménez Piña

37

- *Tres décadas de historia de la Comisión
Nacional de Bioética. Patrimonio documental
de una institución*
María Patricia Herrera Gamboa

42

- *Los Comités Hospitalarios de Bioética como
catalizadores de una atención médica humanizada*
Areli Cerón Sánchez

46

- *Comisiones Estatales de Bioética. Trayecto
y desafíos en el arraigo de la bioética en México*
Gabriela Pineda Hernández y Karla Alejandra Tovar López

50

- *La bioética como marco interdisciplinario para las
políticas públicas en salud en México*
Gustavo Fernando Olaiz Barragán

55

- *La importancia de los recursos de información
para la consolidación, el avance y la aplicación
de la bioética en México*
José Carlos Robles Garnica

59 Encuentro bioético

*El desarrollo de la bioética latinoamericana: hacia la consoli-
dación de una bioética que responda a las necesidades de la
región. Conversación con Florencia Luna. Directora del Pro-
grama de Bioética de la FLACSO-Argentina*

63 Cultura y bioética

*Sugerencias de la CONBIOÉTICA en medios
digitales*

66 Rincón bibliográfico

Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

69 Colaboradores de este número

El año 2022 es especial para la Comisión Nacional de Bioética, pues celebra 30 años de contribución y compromiso con el desarrollo de la bioética en México, por ello, a través de la edición de este número, se conmemora el impulso que la CONBIOÉTICA ha dado tanto a la difusión como a la reflexión de las diversas temáticas que conforman la bioética.

Los temas seleccionados para esta edición son muestra de los diversos aspectos que han ocupado a la CONBIOÉTICA a lo largo de tres décadas, en las que reconocidas personalidades del escenario nacional la han dirigido, apoyados por un equipo de colaboradores que han trabajado arduamente para constituir una institución sólida, que aporte al desarrollo y bienestar nacional.

Hablar de la institucionalización de la bioética en México implica destacar la labor del Dr. Manuel Velasco Suárez por generar un espacio para la reflexión y análisis, que se tradujo en la conformación de un grupo de estudio de la bioética, el cual se consolidó con el paso de los años, hasta convertirse en la Comisión Nacional de Bioética.

El 7 de septiembre de 2005, es un día histórico para la CONBIOÉTICA, ya que se constituyó como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Decreto Presidencial que le otorga autonomía técnica y operativa, con el objeto de promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.

Para cumplir con su objeto, la CONBIOÉTICA ha trabajado en la aplicación de criterios bioéticos en la promoción, atención, investigación y docencia en salud en el contexto nacional; ha promovido a la bioética como política de gestión; ha trabajado arduamente en la consolidación de la infraestructura bioética a través del desarrollo, la continuidad operativa y la sustentabilidad de las comisiones estatales de bioética (CEB), los comités hospitalarios de bioética (CHB) y los comités de ética en investigación (CEI).

A lo largo de estas tres décadas ha incrementado sus vínculos con organizaciones nacionales e internacionales para intercambiar experiencias y generar conocimiento en temas afines a la bioética, cuyos esfuerzos rindieron frutos en el año 2014 cuando México se convirtió en la sede mundial de la bioética al albergar los dos eventos más importantes en bioética: la X Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética y el 12° Congreso Mundial de Bioética.

La capacitación y divulgación de la bioética han sido y seguirán siendo un eje primordial del trabajo de la Comisión por ello, en esta edición, de la mano de los prestigiados colaboradores se da cuenta del abanico de posibilidades teóricas y prácticas que ofrece esta disciplina, haciendo un recorrido histórico de la bioética y de la propia CONBIOÉTICA, pasando por los mecanismos para su enseñanza, su aplicación en la enfermería, su uso en las políticas públicas, el impacto que tiene en la legislación, a propósito de dilemas al inicio y final de la vida; así como su aplicación en las tecnologías empleadas en la atención sanitaria, todo lo anterior enmarcado en la expansión y apropiación social de la bioética en México, como imperativo permanente de la Comisión Nacional de Bioética.

Análisis y reflexiones sobre medio siglo de historia de la bioética

Evandro Agazzi

El concepto de bioética

La bioética es una disciplina reciente (existe desde hace poco más de 50 años) y su identidad no está todavía bien asentada. Durante las primeras décadas de su historia ha sido considerada como un desarrollo de la ética médica (que cuenta con una larga historia) y, al lado de los temas relacionados con la medicina, se admitían dentro de su ámbito los problemas éticos suscitados por las biotecnologías. Por consiguiente, era normal definir a la bioética como el estudio de los problemas éticos que se encuentran en las ciencias bio-médicas y sus aplicaciones. Ámbitos como los de la ética “animalista” o de la “eco-ética” (es decir ética del medioambiente) eran considerados por muchos como digresiones casi arbitrarias, o a la mejor como campos de discusiones que apasionaban a un grupo delimitado de adeptos y aficionados, y que era mejor tener distintos de la bioética “propriadamente dicha”.

Se trataba de una “situación de hecho”, es decir, ligada a la circunstancia que las primeras instituciones que surgieron con el propósito explícito de promover la bioética, de organizar las investigaciones en este campo, de darle hasta una estructura de tipo académico, de promover publicaciones y hasta tratados y enciclopedias de bioética, ponían el acento sobre las temáticas relacionadas con las ciencias biomédicas y el público, al cual de preferencia se dirigían, era el de las profesiones médicas o de las instituciones relacionadas con el cuidado de la salud. Diciendo esto nos referimos al *Hastings Center* y al *Kennedy Institute* apoyado en la Universidad de *Georgetown*, ambos formalmente fundados (como transformación de instituciones pre-existentes) en 1971. Esta delimitación temática se conservó de manera esencial en los Centros de bioética que pocos años después surgieron en Europa y otras partes del mundo y no es por mera casualidad que la mayoría de ellos se encontraba (y todavía se encuentra) orgánicamente relacionada con hospitales, clínicas, facultades y escuelas de medicina.

¿Por qué la introducción de un término nuevo?

Las circunstancias que acabamos de exponer aclaran tal vez como vino produciéndose la situación histórica que determinó la delimitación del campo de estudio de la bioética. Sin embargo, mientras ofrecen una respuesta a esta pregunta, abren una segunda: si es verdad que la bioética es un desarrollo, una natural expansión de la ética médica tradicional ¿qué necesidad teníamos de inventar un nuevo término para designarla? Si ésta quiere ser no una simple nueva expresión a la moda para denotar lo mismo que antes, sino el nombre de una auténtica nueva disciplina, hasta de una nueva ciencia, es indispensable indicar claramente en qué consiste su novedad, y esto resultaría más claro si fuera posible indicar alguna *diferencia* con respecto a la ética médica tradicional. La novedad consiste en el hecho de que la tarea esencial de la ética - es decir la de indicar cuál es la elección correcta frente a diferentes conductas posibles que se ofrecen en una determinada situación- se ha convertido en una empresa muy difícil en muchas situaciones totalmente *inéditas* que se nos ofrecen como consecuencia del progreso científico y tecnológico. Hay que entender bien en qué consiste el aspecto “inédito”: no se trata simplemente de la complejidad a veces asombrosa de muchos aparatos y procedimientos que se utilizan, por ejemplo, en el campo de la medicina y de la cirugía, y que permiten alcanzar resultados antes impensables. Se trata más bien del hecho de que, como consecuencia de estos resultados, se presentan situaciones en las cuales el hombre puede *elegir, optar, decidir* y que por lo tanto caen automáticamente bajo el juicio moral, mientras antes no existían y por esta simple razón no podían ser contempladas por la ética. Por ejemplo, algunas décadas atrás la esterilidad de una pareja (entendida como imposibilidad de engendrar hijos dentro de la misma) se intentaba curar tratando al barón o la mujer si tenían ciertas disfunciones y, si éstas no se podían curar, o si la pareja resultaba estéril a pesar de todo esto la medicina se quedaba impotente y la

única solución posible para obtener un hijo era el instrumento legal de la adopción. Hoy sabemos que una pareja estéril puede conseguir un hijo a pesar de quedarse médicamente estéril, sometiéndose a una u otra de una serie de técnicas biomédicas, y por lo tanto puede *decidir* si utilizarlas o no utilizarlas, y en caso de querer utilizarlas, de recurrir a una más que a otra dependiendo de la estructura concreta de cada una. Todo el mundo sabe que éste es uno de los capítulos fundamentales de la bioética, que se ocupa de la “reproducción médicamente asistida” y es claro que no se pueden proponer normas morales en propósito sin un conocimiento detallado de las situaciones reales que son totalmente “inéditas” con respecto a la reproducción “natural” anteriormente conocida y regulada por la ética.

Aparentemente se podría decir que, sin embargo, estas “nuevas” situaciones se pueden y hasta se deben tratar *aplicando* en ellas los fundamentales principios y normas de la ética tradicional y que no se necesita una “nueva ética” para abordarlas. En un cierto sentido es así, pero a condición de darse cuenta que la misma ética no se reduce a un conjunto estático e inmutable de principios, métodos y preceptos formulados en una determinada doctrina, sino que ella misma tiene que ser dinámica y articularse, profundizarse, explicitarse según el variar de los contextos culturales en que se sitúa.

El nuevo modelo epistemológico de la bioética

Si, como hemos visto, la tarea específica de la bioética es la de proponer normas o criterios de evaluación para la toma de decisión éticamente correcta en situaciones concretas complejas, es bastante claro que estos juicios tendrán que tomar en cuenta los diferentes aspectos o factores que entran en la constitución de la situación misma, cada uno de los cuales lleva a considerar la situación desde un cierto “punto de vista” y por consiguiente a indicar una determinada solución para la toma de la decisión final. Por otro lado, cada “punto de vista” no se limita

a ser la expresión de una cierta inclinación subjetiva, sino que suele acompañarse por la presentación de ciertos argumentos y criterios de comprobación que corresponden (en un sentido suficientemente amplio) a otros tantos patrones epistemológicos de diferentes disciplinas.

Si así están las cosas, la tarea de la bioética parecería consistir en un *análisis* riguroso de los diferentes aspectos y factores de la situación, en una especie de mirada “metateórica”, pero no se vería cómo de este análisis se pueda pasar a una *síntesis* ya que esta *síntesis* consistiría en el aporte específico de la bioética. La solución de esta dificultad se encuentra reconociendo que el modelo epistemológico de la bioética es el *método interdisciplinario*, un método que no es exclusivo de la bioética, sino que ha ido imponiéndose en varias disciplinas contemporáneas que tienen que ver con la *complejidad*. De hecho, la creciente demanda de bioética que constatamos en las sociedades actuales ha acabado con la desconfianza tradicional entre saberes diferentes en cuanto a sus patrones epistemológicos, y ha inaugurado una nueva época de cooperación interdisciplinaria no sólo entre las ciencias naturales y las ciencias humanas, sino también entre formas científicas y formas especulativas del conocimiento, como la filosofía y, en particular, la ética. La adopción de una categoría “dialógica” por parte del intelecto es lo que constituye la raíz profunda del método interdisciplinario y justifica también la búsqueda de una *síntesis* después de haber *analizado* debidamente la perspectiva sobre el problema que nos interesa adoptada por cada ciencia particular y tomando en serio sus aportes objetivos.

No cabe, dentro de los propósitos de este trabajo, detenernos en la presentación, aunque sumaria, de las características fundamentales del método interdisciplinario (con el fin también de distinguirlo de la estructura de la simple multidisciplinaria y de la

transdisciplinariedad).¹ Sin embargo, no podemos omitir mencionar otro aspecto de la bioética que tiene una cierta semejanza con la interdisciplinariedad sin confundirse con ella. Se trata del hecho de que en la bioética es normal y obvio no sólo considerar lo que, sobre un determinado problema, nos dicen diferentes perspectivas *disciplinares* (por ejemplo, médica, económica, psicológica, social, política, religiosa), sino también las diferentes soluciones que a menudo son propuestas por diferentes *teorías éticas*. En este caso, la actitud dialógica es mucho más difícil de adoptar, ya que los sujetos que participan concretamente en el debate son *existencialmente comprometidos* en favor de una determinada doctrina ética (ésta es normalmente parte de su propia concepción de la vida de la cual no es posible despojarse totalmente). La *complejidad* con la cual tiene que confrontarse la bioética, tiene mucho que ver con la *pluralidad* de las convicciones éticas presentes en nuestras sociedades, pluralidad destinada a aumentar con el proceso de globalización indetenible y con las características más y más multiculturales que van asumiendo nuestras sociedades. Esta también es una situación *inédita* con respecto no tanto a la ética médica como a la ética en general de la tradición.

La ética en un mundo tecnológico

Si consideramos las cosas con un mínimo de cuidado, nos damos cuenta que los problemas bioéticos surgen de la aplicación de procedimientos *tecnológicos* particularmente avanzados en el campo de la *vida* y, en este sentido, ponen en tela de juicio la visión muy común según la cual el progreso tecnológico es de por sí positivo, así que se podría enunciar la máxima que “lo que se *puede* tecnológicamente hacer, se *debe* también hacer”. En la bioética, al contrario, se debaten muchas situaciones en las cuales ciertas cosas “*se pueden* técnicamente hacer, pero *no se deben* hacer” por razones morales. Como estos no son casos aislados, sino constituyen prácticamente la totalidad

¹ Una presentación sintética de este tema se encuentra en (Agazzi)

de las cuestiones específicamente bioéticas, podemos decir que la misma bioética se ofrece como caso emblemático de una reflexión epistemológica que intenta identificar un posible punto de contacto entre el progreso tecno-científico y la evolución de la conciencia moral.

La aceptación de lo artificial

Así concebida, la bioética se presenta como una respuesta al miedo hacia el progreso tecnológico que empezaba a manifestarse en los años 60 del siglo pasado y que había producido en muchos autores y movimientos políticos un verdadero rechazo de la tecno-ciencia, substituyéndose al optimismo “cientificista” de la primera mitad del siglo. El programa bioético puede verse como la toma de conciencia del hecho que este mundo tecnológico no es solamente el *en qué* vivimos, sino el *del qué* vivimos y que, por consiguiente, el verdadero problema consiste en aceptarlo y encontrar en ello el lugar para la realización del hombre; en este sentido el hombre se siente solidario con el resto de la “naturaleza” que es también amenazada por el desarrollo incontrolado de la tecnología. Medicina y biotecnologías son los primeros ámbitos en los cuales este problema se manifiesta con claridad, pero abren un horizonte nuevo.

Un horizonte, en particular, en el cual pierde relevancia ética la oposición entre natural y artificial, según la cual la conformidad con la naturaleza representa el criterio fundamental para juzgar moralmente las acciones humanas. Se trata de un antiguo principio enunciado por los filósofos estoicos y aceptado después por la ética cristiana. Según este principio, la naturaleza es obra de Dios y expresa su profunda sabiduría; por lo tanto, la acción del hombre es buena sólo si se conforma a la naturaleza. Esta idea se puede aceptar sin condenar lo artificial en cuanto tal, sino notando que la capacidad de producir el mundo artificial de los artefactos y de las instituciones sociales es precisamente la expresión de la *naturaleza humana* en cuanto específicamente distinta de la pura y

simple naturaleza animal. Por consiguiente, la desconfianza de lo artificial no está implícita en el respeto de la naturaleza, sino tiene que resultar compatible con un análisis muy profundo y crítico de lo que es en realidad la naturaleza del hombre. Problema que, evidentemente, no puede resolverse considerando sólo los aspectos biológicos de la vida y que, por consiguiente, llama directamente en la discusión muchas otras competencias de tipo “humanístico” en sentido amplio y, sobre todo, la reflexión filosófica. Todo esto en un cierto sentido parece claro, pero hay también que apuntar que la desconfianza hacia lo artificial en nombre de un apego a la naturaleza sigue inspirando muchas actitudes en la bioética actual.

La dimensión “holística” de la ética

La ética tradicional investigaba las acciones del *individuo*, mientras que la bioética concierne especialmente acciones *colectivas*. Se trata de una transición que se ha producido paulatinamente, y de la cual vamos a indicar algunos elementos esenciales.

En las sociedades pre-modernas los efectos de las acciones del individuo caían en un entorno espacio-temporal limitado y podían considerarse como directamente producidos por él; es decir que estos efectos eran previstos e intencionalmente perseguidos, de manera tal que no había discrepancia entre intención y efecto previsto de la acción. Entonces el juicio moral podía basarse en la evaluación de la cualidad moral del efecto (bueno o malo). Sólo si el efecto concretamente ocurrido resultara ser diferente de la intención o de lo previsto podía cambiar el juicio moral sobre la acción misma. Con el inicio de la modernidad la estructura de la vida social se hace mucho más compleja y la mayoría de las acciones de los individuos constituyen sólo un segmento limitado de una red cuyo resultado final *no depende* de la intención del individuo que ha realizado el pequeño segmento y a veces ni siquiera puede ser previsto por él. De todas maneras, él no puede “controlar” el resultado de su

acción. Como consecuencia, el significado específicamente moral de las acciones termina con reducirse a la *intención* que es necesariamente *individual y subjetiva*. Será suficiente notar que, en la ética más típica de la modernidad, la de Kant, el peso todo entero de la moralidad se concentra en la intención de la libre voluntad (“no hay nada absolutamente bueno en el mundo fuera de una voluntad buena”).

Una ética inspirada por esta óptica no está a la altura de un mundo en el cual se reconoce fácilmente la presencia de *acciones colectivas* muy complejas que producen efectos concretos en general de gran tamaño y alcance, efectos que, en muchos casos, aparecen evidentemente como *malos*. Todas las realizaciones significativas de la tecnología son de este tipo y, vista la omnipresencia de este mundo tecnológico, es inevitable reconocer que la mayoría de las acciones que conciernen y afectan al mundo actual son precisamente acciones colectivas de este tipo. Por otro lado, no se ve cómo se podría atribuirle una intención a un grupo de individuos, y hasta más, a una red compleja de individuos que cooperan de hecho en las grandes producciones tecnológicas.

¿Diremos entonces que, faltando la intención, falta la base del juicio ético, o que nadie es responsable porque nadie en particular quiso realizar el efecto “malo”? Evidentemente no estamos dispuestos a aceptar estas conclusiones y para salir de la dificultad tenemos que elaborar una ética en la cual la intención individual juega un papel reducido (obviamente sin poder ser descartada). Una ética en la cual entren en cuenta varios actores, no en cuanto “libres decisores”, sino en cuanto portadores de ciertos valores, de ciertas competencias, de ciertas instancias, todos partícipes dentro de un determinado contexto y mutuamente relacionados según una red de interacciones diferentemente eficaces.

Esto significa que tenemos que considerar unidades complejas que operan “como un todo” y esto se expresa hablando de una

“Será suficiente notar que, en la ética más típica de la modernidad, la de Kant, el peso todo entero de la moralidad se concentra en la intención de la libre voluntad (“no hay nada absolutamente bueno en el mundo fuera de una voluntad buena”).”

perspectiva *holística*. Un todo que resulta de la cooperación eficaz de varias partes que son por un lado autónomas, y por otro lado no-independientes. La moderna *teoría de sistemas* nos ofrece el marco conceptual y también ciertos instrumentos técnicos para desarrollar esta perspectiva holística, dentro de la cual, en particular, se puede elaborar el concepto de una *responsabilidad compartida* en la cual la responsabilidad individual no desaparece, pero recibe un peso proporcionado a la importancia que el individuo tiene en el funcionamiento del sistema y en las tomas de decisiones. Se trata de un discurso que se encuentra a sus inicios y que tiene todavía mucho que desarrollar.²

² Véase en el capítulo XII “La responsabilidad de la ciencia en un planteamiento sistémico” de (Agazzi 1996), pp. 298-329.

Cuanto acabamos de presentar podría, en un cierto sentido, enmarcarse dentro del modelo interdisciplinario del cual ya hemos discutido. Pero hay algo más. En el mundo actual (y lo hemos ya notado a propósito de la bioética) existe también una presencia de éticas diferentes, que en particular son representadas por los diferentes actores de las actividades complejas de la vida social. El error más grande y fatal sería tomar este hecho como pretexto para un “relativismo ético” que significaría aceptar que en campo ético “todo se vale”, lo que sería eliminar la legitimidad de proponer reglas éticas para el desarrollo de la sociedad tecnológica. Al contrario, la presencia de éticas diferentes indica que la instancia ética no es eliminable y que se manifiesta a través de las diferentes éticas que, en realidad, subrayan y absolutizan cada una un valor o principio ético importante.

El problema por lo tanto es hacer dialogar estas éticas diferentes, porque cada una ofrece un aporte valioso al madurar de una conciencia ética global más comprensiva, dándonos cuenta también de cómo muchas de éstas expresan su pertenencia a tradiciones culturales que hoy la globalización lleva a confluir. Por consiguiente, la actitud dialógica que hemos visto necesaria para realizar un cierto nivel de bioética compartida tiene que dilatarse a la búsqueda de una ética compartida para la sociedad del presente y del futuro, la cual de todas maneras tendrá que confrontarse *globalmente* con los tremendos retos que nos impone a todos el desarrollo de la tecnociencia.

Referencias

-Agazzi, Evandro (1996). *El bien, el mal y la ciencia*. Tecnos, Madrid.

-Agazzi, Evandro. (2002). *El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros*, Revista Empresa y Humanismo (Instituto Empresa y Humanismo- Universidad de Navarra), V 2/2, pp. 241-252.

Competencias bioéticas en el pre y posgrado Su incorporación en los ámbitos de enseñanza, aprendizaje y capacitación en salud

Alberto Lifshitz Guinzberg

“Las primeras dos décadas de la medicina del siglo 21 han sido testigos de una significativa transformación en los procesos de atención a la salud, de marcadas disparidades sanitarias, de inquietud social, tasas sin precedentes de cansancio (*burnout*) y suicidio de los médicos, y de crisis sanitarias inéditas en la forma de epidemia de opioides y pandemia de coronavirus. Los médicos deben ser aprendices vitalicios capaces de responder efectivamente a estos y otros desafíos. Como nunca, los médicos deben aprender a entreverar sus conocimientos sobre el desarrollo científico con la inteligencia emocional, habilidades de pensamiento crítico y una comprensión del contexto social. La integración de las artes y humanidades a la medicina y la educación médica pueden ser esenciales para educar a la fuerza de trabajo médico para que contribuya efectivamente a los desenlaces en el cuidado óptimo de la salud de pacientes y comunidades”.

*American Medical Colleges*¹

Introducción

El aprendizaje de la medicina plantea hoy en día la necesidad de un debido equilibrio entre los componentes técnicos y los humanísticos. Al fin y al cabo, la práctica médica es una amalgama entre ambos saberes, y las competencias profesionales sólo aparecen desintegradas para fines didácticos, porque el objeto de atención son las personas en sus diversas dimensiones.

El aprendizaje de la bioética y de la ética médica ha sido una preocupación vital en la formación y educación continua de los médicos y ha habido muchos intentos de resolver esta necesidad, aunque no siempre han sido exitosos, probablemente porque se aborda superficialmente, como si fuera cualquier otra asignatura, técnica o humanista, sin considerar que en este caso supone una forma diferente de reflexión, una competencia compleja que finalmente se expresa en un comportamiento justo y compasivo. Hoy en día estas disciplinas no sólo se centran en respetar valores y principios ancestrales, sino que se exige un razonamiento ético, que permita enfrentar situaciones inéditas, las que cada día son más. La ética normativa, -las referencias documentales-, se ha quedado un tanto rezagada, pues mientras que el avance científico y tecnológico lleva

una pendiente cercana a la vertical, el avance normativo y ético no lleva esa velocidad y la brecha entre ambos se va ampliando. Los documentos normativos ya no responden a todas las necesidades que enfrenta la profesión y la sociedad entera. Hoy no se encuentran referentes ante un conjunto cuantioso de acontecimientos imprevistos y tiene que pensarse en términos diferentes. Y es que no se trata únicamente de un reto cognoscitivo sino de uno que se tiene que expresar no sólo en términos de competencias, sino de desempeño cotidiano. Mientras que alcanzar la competencia es mostrar un comportamiento ante situaciones estándar, controladas, evaluables mediante exámenes sumativos o de otro tipo, el desempeño tiene que ver con las situaciones cotidianas, en su verdadero escenario, con las carencias y limitaciones comunes y pocas veces en las condiciones ideales.

En este escrito se intentarán esbozar los caminos para lograr las competencias bioéticas en los estudiantes de medicina y en los médicos en ejercicio profesional, esperando que éstas se expresen precisamente en el desempeño. Muchos estudios se refieren a la educación de pregrado, que representa un reto aún mayor que otros ciclos educativos, pero varias de las experiencias y sugerencias aplican también, con las debidas adecuaciones, al posgrado y a la educación continua.

¹ Howley L, Gaufer E, King B: *Role of the Arts and Humanities in Medical Education*. Association of American Medical Colleges, Washington D.C. 2020.

Casi todas las escuelas de medicina tienen hoy en día asignaturas relacionadas con la bioética y con la ética médica, con diversas denominaciones; en la mayoría de ellas son materias curriculares, aunque todavía en algunas siguen siendo optativas o secundarias. Muchas investigaciones publicadas sobre la enseñanza de estos temas se centran en constatar su existencia, su ubicación dentro del currículum, su extensión y sus contenidos². Aquí se abordará no tanto como asignatura aislada sino, acaso, como una disciplina extensa, tanto en el plano transversal como en el longitudinal, a lo largo y a lo ancho de todo el currículum y más que centrada en el aprendizaje de conceptos, reglas, teorías, modelos de pensamiento o escuelas, en generar para los aprendices los espacios de reflexión que les permitan explorar su propio pensamiento y sus valores. La enseñanza de la bioética es un reto formidable, que no se deriva de extrapolar las experiencias pedagógicas empleadas en otras asignaturas, pues supone incidir en estratos más profundos y menos manipulables. Aunque la bioética y la ética médica tienen diferencias conceptuales, comparten intenciones y propósitos de fondo, conforman un mismo campo semántico, y por ello en este escrito se verá que a veces se utiliza uno y otras veces el otro término, pero en todo caso se restringirá al campo de las profesiones de la salud y no a toda la extensión de la bioética y, dado que el área de experiencia del autor es en la enseñanza y el aprendizaje clínico, muchos de los enunciados aplican sobre todo a esta parte del currículum.

Ética de la enseñanza y enseñanza de la ética

Son dos visiones que no pueden desvincularse: no se puede enseñar ética sin ejercer éticamente la enseñanza. Enseñar es una lección ética, sobre todo cuando se hace honestamente y con respeto. Algunos profesores consideran que la ética se aprende en casa, dentro de la familia y que cuando

el estudiante accede a la educación superior ya debe estar suficientemente formado. Admitiendo que los valores y principios fundamentales provienen efectivamente de casa, la confrontación con las condiciones cotidianas de la práctica médica (y hasta las experiencias escolares) suelen plantear a los alumnos la necesidad de resolver problemas, dilemas y conflictos inéditos para ellos. Los dos recursos a los que suelen acudir son, por un lado, los documentos normativos que conocen y a los que tienen acceso, y por el otro, la imitación de la conducta de sus colegas o superiores, en las comunidades morales que son los hospitales y las universidades en los que se desenvuelven. Mientras se atiende sólo a estos referentes sin una reflexión personal, se puede correr el riesgo de perpetuar o legitimar vicios e incorrecciones, o al menos posponer la autocritica como camino a la superación. El ejemplo de los demás, particularmente profesores y profesionistas, es, sin duda un camino probado para el aprendizaje de la ética: el llamado modelamiento de conductas. Esto ubica la responsabilidad en todas las personas que participan en la atención a la salud y en la educación médica, porque todos ellos están siendo observados por los estudiantes.

Uno de los errores comunes entre los profesores es considerar que lo que ellos mismos piensan es lo único correcto éticamente, e incluso evalúan a sus alumnos en función de qué tanto se semejan al pensamiento del maestro. Como ya se ha comentado muchas veces, la ética es un ejercicio de libertad y de reflexión personal y no tanto de obediencia ciega a reglas morales declarativas.

La bioética y los estudiantes de medicina

Se ha comentado que los estudiantes de medicina, principalmente los de licenciatura, no son sensibles a la bioética y a la ética médica, porque aún no han confrontado la necesidad de tomar decisiones propias en este terreno. La mayor parte de las decisiones les corresponden a sus profesores o jefes, de modo que los alumnos sólo son ob-

² Por ejemplo, García-Ferrar A, Marqui da Silva C, de Siqueira JE: *Teaching Bioethics in medical schools in latin america*. Rev Bioet 2018; 26:2

servadores y, acaso, críticos. Lo cierto es que la percepción de lo ético es diferente entre los estudiantes y se puede modificar conforme se avanza en la carrera o en el curso³. Sin embargo, cuando se les plantean problemas que están en su nivel de decisión, pueden hacer conciencia de sus propios valores y principios y de asumir responsabilidad en las decisiones. Algunos ejemplos de ellos son: ¿revelar a los pacientes su condición de estudiante?, ¿cómo proceder si un paciente se niega a ser atendido por un estudiante? En tanto estudiante ¿proporcionar información al paciente o a los familiares?, ¿solicitar autorización al paciente para consultar su expediente?, ¿intentar un procedimiento para el que no se siente suficientemente capaz?, ¿realizar procedimientos sólo por practicar?, ¿ejecutar una indicación del profesor o del adscrito con la que no se está de acuerdo?, ¿realizar procedimientos que van en contra de los propios principios y valores (objeción de conciencia)?, ¿abandonar al paciente terminal por atender a los recuperables?, ¿realizar maniobras en los cadáveres sin autorización?, ¿qué hacer si no se entiende la explicación del profesor o la del libro?, ¿confesar la ignorancia?, ¿cómo proceder si se presencia que un compañero está copiando en el examen o haciendo algún otro tipo de fraude? Aquí no se da contestación a cada una de estas preguntas porque cada individuo tendría que aportar la suya. A lo mejor algunas tienen respuestas bastante obvias con base en principios generales, pero otras las tienen dependiendo de la estructura axiológica de cada persona.

Hay que vencer una cierta resistencia, en parte relacionada con el menosprecio de los alumnos ante la llamada “ciencia blanda” en un mundo de ciencia dura⁴.

³ García-Mangas JA, García-Vigil JL, Lifshitz A: *Percepción de la ética desde el punto de vista de los estudiantes de medicina*. Rev Med IMSS Méx 2016; 54:230-241

⁴ Lovy A, Psskhover B, Tratchman H: *Teaching bioethics: the tale of “soft” science in a hard world*. Teaching and Learning in Medicine 2010; 22(4):319-322

Cuestionamientos éticos a los docentes

Como se señaló previamente, la responsabilidad docente no se restringe a facilitar el aprendizaje de los contenidos, sino que tiene una connotación ética muy clara. El comportamiento de los profesores, sin duda, incide en la apreciación que los alumnos hagan de la honorabilidad en su manera de proceder. A partir de la observación de las conductas de algunos profesores, se pueden plantear advertencias sobre comportamientos inconvenientes o deshonestos en la relación profesor alumno. He aquí algunos ejemplos: ¿Aplicar exámenes sólo para legitimar decisiones previamente tomadas?, ¿atender a los alumnos brillantes y marginar a los rezagados?, ¿exhibir públicamente los resultados de los exámenes?, ¿negarse a la revisión de exámenes?, ¿asignar a los estudiantes tareas extracurriculares que no tienen beneficio educativo para ellos?, ¿egresar incompetentes?, ¿descargar responsabilidades profesionales en los alumnos?, ¿ejercer violencia, acoso, seducción, abuso del poder o extorsión? y ¿negar la oportunidad para expresar los propios puntos de vista por parte de los estudiantes?

El papel del docente

El profesor (no sólo el de ética o bioética) tiene claras responsabilidades con los alumnos, además de la ineludible de lograr que aprendan: respetar su dignidad, confidencialidad, manejarse con honestidad, incluso reconociendo su propia ignorancia cuando sea el caso, aplicar los principios bioéticos en su relación con los estudiantes, respetando su autonomía, actuando en su beneficio, evitando hacerles daño y procediendo con justicia, con equidad, sin discriminación. Pero, además, debe cuidar los compromisos con la institución educativa, con la profesión misma y con la sociedad. Tienen que superar una serie de prejuicios, como el que ya se señaló: que los alumnos en educación superior ya están formados (o deformados) éticamente, que la enseñanza no es más que una transmisión de conocimientos, que basta memorizar unos cuantos preceptos y reglas, que tienen que imponerse los princi-

pios y valores del profesor, y que quienes no coinciden con ellos están equivocados.

Pero el propósito esencial del acto educativo es el aprendizaje de los alumnos, al grado que puede decirse que ninguna actividad docente, por más brillante que haya sido, es legítima si no logra el aprendizaje planeado. En el terreno de la bioética, la dificultad para alcanzar este logro es, sin duda, mayor que para las competencias menos complejas. Los profesores de bioética en Canadá se hacen las siguientes preguntas: ¿Por qué debo enseñar bioética?, ¿qué debo enseñar?, ¿cómo la debo enseñar?, ¿cómo la debo evaluar?, ¿cómo la debo aprender?⁵. No son preguntas sencillas de resolver.



Algunas propuestas

Enseguida se propondrán algunos lineamientos que consideramos pueden ser útiles para quienes estén interesados en lograr que sus estudiantes aprendan bioética, en el sentido en que se viene manejando en este escrito, mediante un razonamiento lógico, una competencia evaluable y un desempeño apropiado. Eludiendo un proceder que suele emplearse en la enseñanza de la ciencia (no la de la indagación científica sino de la aplicación de los conocimientos científicos), no es válido partir de que hay una verdad axiomática y que a ella hay que ajustarse, in-

duciendo el respeto a los dogmas que propician simulaciones; es más sano centrarse en un contenido secular (que respete a todas las religiones pero que no se comprometa con ninguna), lógico (que las decisiones se asuman con base en razonamiento y no en obediencia), flexible (que permita adaptarse a los diferentes casos bajo los propios principios y valores), transparente (que se puedan explicar las razones de la decisión) y prospectivo (que vea hacia el futuro).

1. La enseñanza de la bioética se extiende a todo el currículum: Ya se ha señalado que más que una asignatura, por más que pueda ser seriada a lo largo del currículum, conviene que, en todas las asignaturas, módulos o materias, profesores y alumnos actúen bajo un pensamiento bioético. Sin pretender desacreditar el abordaje doctrinario de los conceptos, teorías, reglas, escuelas y modelos de pensamiento, aspectos legales y morales propios de cada sociedad, esto no parece bastar para alcanzar las competencias bioéticas, acaso podría servir para rendir en un examen convencional.

Los temas contemporáneos a los que los alumnos habrían de exponerse son por lo menos los siguientes⁶: “Consentimiento informado y rechazo del tratamiento”; “La verdad, la confianza y la buena comunicación”; “Confidencialidad”; “Investigación médica”; “Reproducción humana”; “La nueva genética”; “Bioética y los niños”; “Vida y muerte”; “Trastornos mentales y discapacidad”; “Vulnerabilidad”; “Aplicación de los recursos” y “Derechos”:

Los planos en que conviene explorar todos estos contenidos son el individual, el grupal, organizacional e internacional.

2. La importancia del currículum oculto: La bioética es una de las materias que

⁵ Mc Neally MF, Singer PA: *Bioethics for clinicians*: 25. *Teaching Bioethics in the Clinical Setting*. CMAJ 2001; 164:1163-7

⁶ El Tarhouny SA, Mansour TM, Wassif CA, Desouky T: *Teaching bioethics for undergraduate medical students*. Biomedical Research 2017;28(22):9840-9844.

se aprenden sobre todo (o al menos se refuerzan) mediante el currículum oculto. A diferencia del currículum explícito, el oculto no aparece en los documentos curriculares, pues se refiere a la conducta cotidiana, tal como se da en las comunidades morales de escuelas, hospitales y otros espacios de atención a la salud. Frecuentemente no implica una estrategia educativa propositiva y el docente ni siquiera puede estar consciente de estarlo ejerciendo. Los estudiantes no sólo aprenden lo que se les pide que aprendan, sino sobre todo lo que observan. Mucho de los modelamientos de conductas no proceden de una planeación educativa sino del desempeño cotidiano de tales modelos y ejemplos. Esta influencia no es, desde luego, sólo de los profesores, sino de todos los participantes en el espacio educativo, sea este escolar o de salud.

3. Propiciar espacios para la reflexión por parte de los estudiantes: En la vorágine que impone tener que cumplir con los programas educativos y la atención de pacientes, con otras labores administrativas y con alcanzar las metas exigidas, con frecuencia no existen los tiempos para la reflexión. La bioética y la ética personales implican un componente sustancial de actividad reflexiva. Más aún, una práctica reflexiva (en oposición a una rutinaria) es el fundamento de la calidad en la atención médica, la autoeducación y la investigación, pues reconoce la individualidad de cada situación, propicia un ejercicio dialéctico de formularse y contestarse preguntas, la autocrítica, la búsqueda de mejores alternativas y la superación de la propia actuación. Mediante la reflexión se analizan los propios principios y valores, las preferencias, las posibles consecuencias de sus decisiones, se identifica la necesidad de incrementar el acopio de información, de discutir y debatir, y de encontrar mejores soluciones. Más adelante se mencionan algunas estrategias para propiciar las reflexiones como pueden

ser, a través de los casos de todos los días, casos clínicos preparados para tal efecto, videos o películas, textos escritos, discusiones en pequeños grupos con cuestionamientos estructurados, sesiones anatomoclínicas, espacios de simulación avanzada y otros⁷.

4. Escoleta bioética: Esta no es más que una forma de espacio para la reflexión. Aunque el término “escoleta” se refiere a las bandas de músicos aficionados, se ha extendido a la acción de reunirse para practicar. En la tradición de la enseñanza clínica, la visita a los pacientes hospitalizados (puede incluir también a los externos ambulatorios), se suele aprovechar para discutir, entre todo el grupo, diversos aspectos del caso, principalmente posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Por razones de discreción no se hacen las discusiones delante del paciente sino en otro espacio, pero a propósito del caso real. Lo que aquí se propone es ampliar tal discusión hacia los aspectos bioéticos, que en todos los casos existen, y conviene que complemente al debate técnico.
5. Propiciar la autocrítica: Un elemento esencial de la reflexión y la discusión tendría que ser la autocrítica. No es un asunto fácil porque no estamos acostumbrados a juzgarnos objetivamente a nosotros mismos, pero es un principio para la superación y el progreso. Implica tomar distancia para verse uno mismo sin un sesgo condescendiente, con lo que se avanza también en el conocimiento de los valores personales. Aún en retrospectiva, analizar si hemos actuado o no bien, de acuerdo con nuestros propios estándares, es, sin duda, un ejercicio saludable.
6. Evaluación del aprendizaje: Este es uno de los retos más grandes en la enseñanza de la bioética.

⁷ Cohen R, Reches A, Steinberg A, Kedar H: *Evaluation of a workshop to teach clinical bioethics in the clinical setting*. Med Law 2000; 19:451-461

“El aprendizaje de la medicina plantea hoy en día la necesidad de un debido equilibrio entre los componentes técnicos y los humanísticos. Al fin y al cabo, la práctica médica es una amalgama entre ambos saberes...”

Por supuesto que un examen de conocimientos acaso evalúa sólo una parte, y probablemente no la más importante. Tendría que extenderse hacia evaluar el comportamiento moral, habitual de los egresados, pero esto es una tarea casi imposible. Hay experiencias exitosas de evaluación mediante viñetas⁸, videos y casos reales⁹, pero no conozco de estudios de correlación entre competencia y desempeño, aunque sí se ha encontrado entre la formación de lo que llaman “médicos virtuosos” y médicos con habilidades éticas prácticas¹⁰.

⁸ Savulescu J, Crisp R, Fulford KWH, Hope T: *Evaluating ethics competence in medical education*. J Medical Ethics 1999; 25:367-374

⁹ Mitchell KR, Myser C, Kerridge IH: *Assesing the clinical ethics competence of undergraduate medical students*. J Medical Ethics 1993; 19:230-236

¹⁰ Esquerda M, Pifarré J, Roig H, Busquets E, Yuguero O, Viñas J: *Evaluando la enseñanza de la bioética: formando “médicos virtuosos” o solamente médicos con habilidades éticas prácticas*. Atención Primaria 2019; 51(2):99-104

Epílogo

Tan característico del arte médico es la competencia técnica como la bioética. Los esfuerzos educativos destinados a esta última tienen que asumirse con toda responsabilidad y dejar de verlos como adicionales, opcionales, voluntarios o superfluos, a pesar de que tal vez representen dificultades pedagógicas mayores. Además de un cuerpo de conocimientos cada vez más amplio conforme avanza la ciencia y la técnica, este aprendizaje exige reflexiones profundas, autoevaluación, actitudes propicias, confrontaciones a veces dolorosas, habilidad de adaptación y honestidad para reconocer las propias limitaciones y superarlas. El movimiento de la bioética ha permitido poner énfasis en realidades previamente menospreciadas, no sólo en términos de la vida y la muerte, sino de las conductas cotidianas, las relaciones interpersonales, el respeto a los demás (aún del medio inanimado), los compromisos con la verdad y, en el terreno de la medicina clínica, la posición central del paciente, su consideración como persona y no como instrumento u objeto de trabajo, la protección de los vulnerables, el respeto a los intereses de los demás, el comportamiento ante las presiones del mercado y muchas cosas más que la reflexión bioética ha puesto en el escenario.



Dilemas al inicio y final de la vida

Consideraciones desde la bioética hacia la legislación en México

Bernardo García Camino

Introducción

Las primeras ideas que giraban en mi mente al redactar este aporte tenían que ver con la incorporación a la ley de distintas cuestiones que vincularan a la bioética y a las leyes mexicanas.

Por el avance de la ciencia y la tecnología, requerimos nuevos principios, pero a la vez la ley refleja el sentir de la sociedad, lo cual en la práctica de la bioética se vuelve en un panorama complejo. Debo considerar también dos extremos que continuamente se dan en México: La actualización de las leyes se realiza más como reflejo de parámetros vanguardistas internacionales que por una condición de necesidades. Como ejemplo, en el Código Civil del Estado de Querétaro se estableció, desde 2009, la adopción de embriones, a la fecha, no ha habido un solo caso de aplicación. La segunda opción es dejar el vacío legal en los temas que se sabe que polarizarán a la sociedad, provocando incertidumbre o también que bajo la premisa de que si no está prohibido está permitido se haga. Para la mayoría de los asuntos que analizaremos en este aporte, la doctrina suele decir que la legislación mexicana es escasa o incipiente, a esto debemos agregar que el sistema de reparto competencial derivado del sistema federal suele complicar, más que facilitar la regulación.

Hacerlo de esa forma pudiera generar solamente un recuento o cronología de modificaciones normativas, mismo que, considero que para muchos resultaría intrascendente. Por ello, sin abandonar la evolución desde la legislación trataré de incorporar también las decisiones en los casos que los dilemas al inicio o al final de la vida fueron emitidas por el Poder Judicial, las cuales, en nuestro país han sido escasas. Hay muchas condiciones que dificultan que las disposiciones de la Ley General de Salud sean sometidas a la interpretación judicial, lo cual considero inconveniente. La existencia de más precedentes, interpretando la normativa, favorecería a su aplicación con mayor certeza para los involucrados.

Muchas de las cuestiones que se observan por la bioética tienen impactos en la vida diaria, más allá de la legislación de la salud. Por ejemplo, en la subrogación de vientre, corresponde desde el punto de vista de la Ley General de Salud al plano federal por cuanto ve a la regulación sanitaria, pero los impactos relacionados a la filiación de los hijos, paternidad y maternidad, así como las condiciones para regular este tipo de prácticas deberían ser abordados por los Códigos Civiles locales.

Por otra parte, considero, por desgracia contrario a lo que se suele pensar en el país, que la incorporación de ciertas conductas en una norma —con el fin de promoverlas o reprimirlas— no cambia la realidad si no viene acompañada de otra serie de instrumentos para su implementación, presupuesto, educación, capacitación y sobretodo la generación de las consecuencias necesarias, por vía de la aplicación de dichas leyes.

Tratar de delimitar el campo de la bioética, aun cuando se hable solo de dilemas al inicio o al final de la vida, resulta complejo, seguramente para algunos este aporte incluye en exceso mientras que para otros será considerado no exhaustivo, sin embargo, quedarán para el debate —que enriquece a la bioética— estas consideraciones.

Dilemas al inicio de la vida

• Aborto

En el año 2007 en la Ciudad de México, se estableció por primera vez en el país la Ley que permitía la interrupción del embarazo. A partir de la reforma, denominada coloquialmente “Ley Robles” de forma paulatina fueron incorporándose legislaciones de otras entidades federativas en que lo permitían. Baja California, Colima, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz agregaron la posibilidad voluntaria.

A partir del año 2021, mediante la resolución de dos Acciones de Inconstitucionalidad promovidas en contra de la reforma

al Código Penal del Estado de Coahuila, se determinó, con efectos para todo el país, que la criminalización del aborto es inconstitucional.

El tema anterior refleja lo que suele suceder en México, los efectos de las leyes y de las resoluciones judiciales, el efecto de descriminalizar será impedir que alguna mujer sea procesada penalmente por la práctica del aborto, pero ello no lo legaliza, dejando la resolución a que en cada Estado se determine su legalización o no. ¿Cuál es la diferencia? Que en las entidades en que se haya legalizado deberá incorporarse la práctica en los sistemas de salud y se establecerán las condiciones necesarias para ello, como son, solo por mencionar, el presupuesto, las instalaciones y el personal correspondiente.

• Manipulación genética

A la eugenesia pudiéramos considerarla tan antigua como a la propia humanidad. Variables positivas (reproduciéndose) o negativas (impidiendo la reproducción) en seres humanos, plantas o animales, ha respondido a las condiciones técnicas de cada época. A partir de distintos avances científicos, en la actualidad es posible la manipulación genética en donde será posible seleccionar determinadas condiciones o cualidades a las personas.

El desarrollo del CRISPR como herramienta y la posibilidad ilimitada en su uso ha generado un nuevo momento para la vida y del cual considero aún no somos del todo conscientes.

Este tema puede ser considerado que se encuentra en una zona nebulosa en la legislación mexicana, si bien existe la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, de ella se excluye expresamente a los seres humanos, y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, no contempla nada al respecto.

Señalo 3 precedentes de lo anterior:

En el año 2016, el Dr. John Zhang, del New Hope Fertility Center de New York, realizó un procedimiento de transferencia mitocondrial, a partir del cual nació en México, un bebé con 3 ADN. Al carecer de autorización en Estados Unidos de Norteamérica, el investigador lleva a cabo el procedimiento en México, y manifiesta expresamente en una entrevista que lo hizo ahí debido a que “no hay reglas”, agregando “Lo ético es salvar vidas”.

En 2018 se dio a conocer, por el propio investigador He Jiankui, que había editado genéticamente a tres bebés en Shenzhen (China), la manipulación buscaba que los hijos no quedaran infectados de VIH, a pesar de que los padres eran portadores. China lo sentenció con prisión, multa e inhabilitación de por vida.

A inicio de 2022 se anunció que por primera vez se realizó un trasplante de corazón de un cerdo a un ser humano, como operación experimental. Para evitar rechazos, el cerdo fue modificado genéticamente. El riesgo del vacío legal es que sea interpretado como que al no estar prohibido está permitido, o dejarlo a la interpretación de las autoridades administrativas.

En la Ciudad de México, con lo que la legislación se debe considerar local y no de aplicación federal, en el Código Penal se establece el delito de Manipulación Genética, señalando:

ARTÍCULO 154. Se impondrán de dos a seis años de prisión, inhabilitación, así como suspensión por igual término para desempeñar cargo, empleo o comisión públicos, profesión u oficio, a los que: I. Con finalidad distinta a la eliminación o disminución de enfermedades graves o taras, manipulen genes humanos de manera que se altere el genotipo; II. Fecun-

den óvulos humanos con cualquier fin distinto al de la procreación humana; y III. Creen seres humanos por clonación o realicen procedimientos de ingeniería genética con fines ilícitos.

En un sistema Federal como el mexicano, se reconoce la posibilidad de legislación en el marco local, la cual aplica solo en la demarcación territorial de la autoridad que expide, bastaría que la conducta se realice fuera de la demarcación territorial de la CDMX para que, si no está regulada en otra entidad federativa, no sea punible.

- **Reproducción asistida**

De nueva cuenta, es a partir de la posibilidad provista por la ciencia y la tecnología, de llevar a cabo procedimientos para remediar distintos padecimientos de la salud reproductiva, que, al instaurarse, derivan en regulación de estos, por la bioética y por la ley en México.

Sin embargo, de nueva cuenta, respecto a la reproducción asistida en México, existe un vacío legal. La ausencia normativa no ha impedido la atención del problema en el sistema de salud, prestándose tanto en lo público como en lo privado.

En el año 2016 se reformó el Código Civil del Estado de Tabasco a efecto de regular la relación de filiación entre los padres y el hijo nacido por dichas técnicas, relacionado con la posibilidad de subrogación de vientre o del aporte de un tercero de material genético.

La reforma fue impugnada y en el año 2021 fue discutida en el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, donde fueron emitidos criterios relevantes al respecto y que mencionan, como lo habíamos advertido, que quedan lagunas que necesariamente deben cubrirse a través de legislación en la materia, a la fecha no existe iniciativa que pretenda hacerlo.

Dilemas al término de la vida

- **Cuidados paliativos**

La regulación mexicana en el tema de cuidados paliativos, contrario a los temas anteriores, ha sido extensa. En este apartado, y como parte de la materia, consideramos tanto la regulación relacionada directamente con las enfermedades terminales como aquellas de carácter preventivo a través de la expresión de voluntades anticipadas.

Las normativas Federales que regulan la materia parten de las disposiciones que fueron adicionadas a la Ley General de Salud en 2009, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica adicionado en 2015, la NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos de 2014, y la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos del Consejo de Salubridad General.

Es a partir de 2008 que se expide en el aquel entonces Distrito Federal (hoy Ciudad de México) la Ley de Voluntad Anticipada, desde entonces otras 14 entidades Federativas han emitido leyes locales relacionadas con la misma materia, pero de una forma heterogénea, al contemplar un amplio abanico de opciones para su otorgamiento.

Informes de *Human Rights Watch* o *The Lancet Commission* han evaluado el desempeño del país en la materia, y pareciera que los mismos han provocado avances legislativos, el problema en este caso es que, a pesar de la amplia legislación en la materia, la implementación sigue siendo escasa, derivado de varios problemas tanto en la falta de formación educativa, la fragmentación del sistema de salud o cuestiones presupuestarias.

- **Eutanasia**

La Legislación Federal, a través de la Ley

General de Salud, menciona expresamente la prohibición de la eutanasia en México (Artículo 166 Bis 21). No obstante, en la Constitución de la Ciudad de México, se estableció, en su artículo 6 inciso A numeral 2, que: “La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”, siendo esta Entidad Federativa pionera —como ocurrió en el caso de interrupción del embarazo o de voluntad anticipada— en la regulación de la materia.

Se abrió en la Constitución la posibilidad que en dicha entidad se pueda desarrollar el contenido de este precepto, lo más probable es que se haga en un futuro

mediante resoluciones de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Conclusión

Este fue un recorrido somero de dilemas al inicio y al final de la vida, ojalá que el mismo logre despertar el interés de los lectores y profundicen en el conocimiento de los mismos. Una de las grandes labores que la Comisión Nacional de Bioética ha logrado en su existencia, es la difusión de los temas relacionados. Enhorabuena a la CONBIOÉTICA.

Referencias

- Ley General de Salud, disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, disponible en: <https://catalogonacional.gob.mx/FichaRegulacion?regulacionId=85812>
- Constitución Política de la Ciudad de México, disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/justicia_constitucional_local/documento/2020-01/118922.pdf
- Jonas H. (1995). *El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.
- Holmes Oliver Wendell (1897). *The path of the Law*. Harvard Law Review 457. <http://moglen.law.columbia.edu/LCS/palaw.pdf>
- Código Civil del Estado de Querétaro, disponible en <https://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/CC/QRO-CC.pdf>
- Hamzelou, Jessica (2016). *Exclusive: World's first baby born with new “3 parent” technique*, Newscientist, disponible en: <https://www.newscientist.com/article/2107219-exclusive-worlds-first-baby-born-with-new-3-parent-technique/>
- 3 Niñas chinas, disponible en: <https://montoliu.naukas.com/2021/11/29/tres-ninas-chinas/>
- Transplante corazón de un cerdo a humano, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20220117/7987356/trasplantan-corazon-cerdo-hombre.html>
- Código Penal Ciudad de México, disponible en: <https://mexico.justia.com/estados/cdmx/codigos/codigo-penal-para-el-distrito-federal/>

Estrategias para la humanización en la práctica de Enfermería

Fabiana Maribel Zepeda Arias y Marisela Moreno Mendoza

Los seres humanos son estructuras complejas, pluridimensionales y vulnerables, seres únicos y trascendentes que existen en relación con otros y están inmersos en un contexto familiar y social, con creencias y valores enraizados en la cultura.¹

Sin embargo, la relación del hombre consigo mismo y con los otros ha sido eludida y soslayada en el entorno de la civilización actual debido, entre otras razones, a una crisis relacionada con su propia autodeterminación, su autoconocimiento y su propia valoración a nivel de sus relaciones sociales y culturales; este permanecer en el mundo “fuera de sí” conduce al hombre a transformarse en un medio para llegar a fines ajenos a él.²

En este contexto, la forma de producción de mercancías dentro de la economía de mercado enajena al ser humano, debido a que dentro de dicha economía la principal preocupación se centra en las “cosas” del mundo, las que se crean con la “fuerza de trabajo” del hombre pero que no le pertenecen y solo adquieren un valor de cambio en el entramado mercantil. De esta forma su humanidad puede verse reducida a la concepción de “cosa” y al valor que como cosa tiene en el conjunto de actividades económicas, así el hombre escindido por la determinación socioeconómica se convierte en una especie de herramienta, instrumento o medio y en el campo de las relaciones humanas este “proceso de cosificación del hombre” puede llamarse deshumanización.²

Por supuesto que la deshumanización es un fenómeno que puede identificarse sin distinción en todos los ámbitos de la sociedad, no obstante, ha sido referida con mayor énfasis en el ejercicio de las profesiones de la salud y la disciplina profesional de enfermería no escapa a esta realidad, como lo afirma Romero, la relación enfermera-sujeto de cuidado se ha viciado, se ha “invisibilizado”, el ejercicio de enfermería actualmente se encuentra enfocado a la realización de actividades inmersas en la “rutina laboral”, lo que deja en último plano la relación inter-

personal sujeto de cuidado-enfermera. Adicionalmente, Watson afirma que, aunque el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería, éste ha perdido protagonismo en los sistemas de salud principalmente debido a los avances en la tecnología y las barreras institucionales.²

Específicamente, la deshumanización en la profesión de enfermería adquiere diferentes facetas, las cuales en el campo del área asistencial se pueden manifestar fundamentalmente en cuatro aspectos: ²

- El primero: El actual modelo de prestación de servicios, determinado por el gran sistema de relaciones económicas, que al priorizar la relación costo-beneficio hace del ejercicio profesional una carga desgastante, limita la actividad creativa y favorece la deshumanización de las relaciones laborales.
- El segundo: El profesional de enfermería, en su relación con otras disciplinas de la salud y entre sí, en muchos casos altera sus relaciones profesionales ya sea por la búsqueda de reconocimiento, por una competitividad desenfocada o por una forma adaptativa perversa de sobrellevar las exigencias de cumplimiento del sistema económico de la salud.
- El tercero: Tiene que ver con la limitada relación entre el personal de enfermería y los pacientes, en la cual el personal diluye o delega su quehacer fundamental para responder a las necesidades de cuidado del sujeto y la humanidad se desvirtúa como un mero hecho que es apenas considerado en el complejo sistema actual de prestación de servicios.
- El cuarto: Tiene que ver con la pérdida de autonomía en el ejercicio profesional de enfermería, ya que está supeditado a las demandas del sistema económico, social y del mismo sistema de salud y al estar alejado del sujeto de cuidado no puede evidenciar el impacto intrínseco de su

quehacer, centrando su ejercicio en actividades dependientes de otras disciplinas.

Como consecuencia de lo anterior, y otros muchos factores, el ejercicio profesional de enfermería se ve inmerso en un ciclo inocuo de deshumanización: el alejamiento del sujeto de cuidado, la desvirtuación de su ejercicio profesional y la pérdida de autonomía lo hacen vulnerable; las exigencias del sistema económico que no pueden apreciar un lucro tangible en el actuar de enfermería vulneran la profesión y los profesionales vulnerados, en un afán equívoco de “cumplirle” al sistema y de “adaptarse” a él, terminan vulnerando al sujeto de cuidado, ya sea con un trato no digno o con un contacto limitado.²

Dadas las propias características del ser humano, se pone de manifiesto la necesidad de una práctica humanizada en todas las relaciones humanas que se gestionan en los servicios de salud, incluidas aquellas que se desarrollan con los profesionales de enfermería, quienes permanecen el mayor tiempo en la atención directa con los sujetos del cuidado.¹

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”.³

Luego entonces, el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada a la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fun-

damenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.²

En la práctica, la atención humanizada en enfermería es el acto de cuidar al individuo y a la colectividad, a partir del reconocimiento del otro como igual, en cuanto a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud y de sus respuestas a esas necesidades, cuidando siempre de la persona a partir del respeto.¹ De tal manera que el profesional de enfermería debería tener el compromiso científico, filosófico, ético y moral hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado en los pacientes.²

En complemento a lo anterior, Jean Watson menciona en su “Teoría del Cuidado Humano” que éste se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, sostiene que el cuidado humano comprende un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana, va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y conexión: (mostrando interés profundo en la persona).²

Es importante mencionar que la humanización del cuidado requiere una serie de elementos que favorecen su ejecución, como son: disposición de tiempo, recursos, buena relación intergrupala, salud mental y laboral del personal de enfermería y compromiso explícito de la institución, entre otros aspectos. No obstante, cabe señalar que el cuidado humanizado debería idealmente ser inherente a la profesión de enfermería, a pesar de las circunstancias adversas de los servicios de salud, pero esto no quiere decir que realizar cuidado humanizado cueste más dinero, sino que se debe invertir en ello y “gestionar” los recursos de mejor manera, a fin de que el profesional de enfermería entregue cuidado humanizado a la persona y a su familia, al incorporar otros aspectos importantes,⁴ por ejemplo, un mayor número de personal de enfermería para la atención de las personas, así como des-institucionalizar

los cuidados, es decir, que el profesional de enfermería sea capaz de decidir los mejores cuidados en el mejor momento en consenso con la persona.

En este sentido, dada la trascendencia de que el profesional de enfermería proporcione cuidados humanizados, es importante establecer estrategias que faciliten su práctica desde la formación profesional y de manera permanente durante la práctica. Sin lugar a duda, el abordaje puede resultar complejo al momento de implementar las estrategias convenientes e incluso cuando se pretende evaluar el efecto en la persona objeto del cuidado. A continuación, grosso modo, se explican algunas estrategias factibles que pueden considerarse:

1. Gestión de competencias en la formación de los recursos humanos de enfermería:

La formación del profesional de enfermería juega un rol fundamental en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en el sistema de salud, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de la capacidad institucional en salud. El profesional de enfermería demuestra competencia cuando aplica en forma efectiva una combinación de conocimientos, habilidades y juicio clínico en la práctica diaria o desempeño laboral, esto representa un componente central para la adecuación de la gestión del cuidado y las prácticas de atención, incluido el cuidado humanizado, lo cual permite disminuir las inequidades, el acceso limitado a los servicios y favorecer una atención segura y de calidad.⁴

Es fundamental que el docente modele en el discente relaciones pedagógicas de cuidado humanizado, con afecto, responsabilidad, intuición moral, franqueza, autocrítica y comprensión pedagógica de sus necesidades.⁵

La incorporación explícita de la relación terapéutica y práctica reflexiva en el cu-

rrículo promueve que los estudiantes desarrollen competencias más complejas para dar respuesta a situaciones de salud inciertas, que Schön identifica como zonas pantanosas del actuar profesional, sin respuestas estandarizadas, sino reflexivas, basadas en el diálogo y la autonomía, que generen una relación de confianza y disminuyan la brecha entre la teoría y la práctica.⁵

La literatura internacional menciona la relevancia de desarrollar la “competencia ética” como necesidad transversal, que incluye la percepción ética, la reflexión ética y el comportamiento ético, todos complejos de precisar, dependiendo de la perspectiva que se considere.⁵

Se ha demostrado que el fortalecimiento de habilidades blandas en las personas le permite interactuar de manera asertiva y con un nivel alto de comunicación, además, facilitan la adaptación, sus comportamientos son efectivos y mejoran la calidad de la atención. Son necesarias en la formación de las personas, ya que añaden valor en el campo de la acción laboral, mediante un desempeño exitoso en el trabajo, al mejorar el trato humano de quienes las aplican.⁶

La humanización en los cuidados y en la formación requiere una comprensión profunda de la persona, que implica procesos de autoconocimiento y formación valórica, tanto de docentes como de discentes. La necesidad de hablar de humanización, aun cuando es constitutiva de los cuidados, responde a la deshumanización en el sistema de salud, reconocido por docentes y estudiantes de enfermería, como consecuencia de un sistema público de salud precario (ello no exime al sistema de salud privado) y con altos niveles de exigencia para sus profesionales, por lo que estos aspectos deberán ser incluidos en el currículo, no solo de enfermería sino de todos los integrantes del equipo de salud.⁵

2. Integración de políticas educativas por parte de la institución formadora de recursos:

Las instituciones formadoras de recursos humanos en enfermería, deberían desarrollar políticas y programas que fomenten el desarrollo de las personas, el pensamiento crítico y la responsabilidad social, centrados en la realidad personal de cada estudiante y en el contexto social, siendo el fin el bien común que incluye a toda la comunidad educativa. La escuela tendría que convertirse en un modelo genuino de autocuidado, representado por sus discentes y docentes.⁵

3. Gestión del cuidado enfermero:

Es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud.⁷

La gestión del cuidado en sí, comprende la creación e implementación de instrumentos que facilitan la recolección de datos, de manera sistemática, sobre la salud y entorno de la persona de cuidado; abarca el análisis reflexivo de ellos para elaborar un diagnóstico, planificar y evaluar las intervenciones siempre con respeto a los principios del cuidado que se deben otorgar con calidad.³

Cuando se hacen pronunciamientos sobre la gestión del cuidado se consideran aspectos imprescindibles relacionados con su entrega, como el hecho de servir, asistir y estar responsabilizado por lo que le suceda a la persona como parte de la naturaleza humana, pero el cuidado de enfermería en estricto sentido va mucho más allá pues comprende aspectos afectivos y comunicativos que requieren de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto socio cultural donde se desarrollan.³

Ceballos establece que la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería, ya que se debe gestionar para cuidar, no existir solo para gestionar. Leininger agrega a esta idea que: “Los cuidados culturalmente congruentes son los que dejan a la persona convencida de que recibió buenos cuidados, es decir, de calidad”.⁷

Por otro lado, el profesional responsable de realizar asesoría y acompañamiento al personal operativo, que se encuentra en la primera línea de atención, es esencial que posea competencias de liderazgo a fin de motivar al personal para obtener una mejor comprensión de la persona de cuidado e influir en la calidad de la atención de una manera positiva y resiliente.⁷

4. Mejorar los indicadores de fuerza de trabajo para la atención:

La sobrecarga laboral en profesionales de enfermería limita el tiempo para la atención y realización de otras actividades inherentes a la profesión, es un factor que afecta la eficiencia y la calidad de los cuidados, la forma de asistencia y la continuidad de la atención. Sin embargo, si existe la cantidad media de personas de cuidado atendidos, junto a un número adecuado de recursos humanos se logra optimizar las responsabilidades del trabajo, lo que impacta positivamente sobre la calidad de la atención y la seguridad tanto de los pacientes como del personal. Por el contrario, entre menos recursos para la atención, mayor es el riesgo de no cumplimentar el tratamiento y, por ende, mayores complicaciones para la recuperación de la salud.⁶

Por lo que es importante el cálculo y la distribución eficiente de los recursos humanos, así como establecer políticas públicas en las cuales se discuta y autorice la modificación de los indicadores de fuerza de trabajo a fin de asegurar la disponibili-

dad de profesionales de enfermería para cubrir las necesidades de atención de la población, toda vez que el perfil epidemiológico y etario ya cambió desde hace algunos años y los indicadores actuales pueden resultar insuficientes.⁶

5. Programas de resiliencia y control de las emociones para el personal:

El personal de enfermería se encuentra bajo estrés laboral constante con largas jornadas de trabajo, por lo que se requieren estrategias centradas en la atención plena a los estímulos externos e internos, a partir de procesos cognitivos que permitan al profesional de enfermería desarrollar emociones positivas enfocadas en el amor, la comprensión, la confianza y la compasión, una vez que logre de primera instancia centrarse en la percepción, la escucha, los sentimientos y emociones de la persona, así como el desarrollo del autoconocimiento.

Las estrategias descritas pueden resultar de utilidad cuando se implementan en escenarios funcionales bajo intervenciones planeadas en las que se considere la participación y aportaciones del personal de enfermería, no obstante, es fundamental que este tipo de intervenciones sean implementadas para todos los miembros de la organización a fin de crear, adaptar y adoptar una cultura de cuidado humanizado. En general, resulta difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar dentro de las instituciones de salud, en donde parecen invisibilizarse los cuidados de enfermería por las actividades biomédicas, no obstante, el profesional de enfermería de manera consciente podría mantener aún entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en cualquier etapa de la vida.

Bibliografía

1. Llanes G., Bejarano D., Márquez L.M., Ponce C. y Martínez R.M. (2018). *La humanización de la atención de enfermería en salud laboral*. Revista Enfermería del Trabajo 8(1),18-26.
<file:///C:/Users/maria/Downloads/DialnetLaHumanizacionDeLaAtencionDeEnfermeriaEnSaludLabor-6536488.pdf>
2. Guerrero R., Meneses M. y Ruiz M.C. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. Lima-Callao, 2015. Rev. Enferm. Herediana. 9(2),133-142.
<https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
3. Vialart N. (2019). *La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital*. Revista Cubana de Enfermería. 35(4). e3059
https://www.researchgate.net/publication/342242973_La_gestion_del_cuidado_humanizado_de_enfermeria_en_la_era_digital
4. Ceballos P. (2010). *Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado*. Ciencia y Enfermería XVI (1). 31-35. https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
5. Castillo P., Bacigalupo J. García G., Lorca A., Aspée P. y Gortaria P. (2020). *Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería*. Ciencia y Enfermería. 26:2.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100202
6. Pabón E., Vann-Derth J., Buitrago C. y Castiblanco R. (2021). *Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias*. Rev. Cienc. Cuidad.18(1). 94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>
7. Soto P., Reynaldos K., Martínez D. y Jerez O. (2014). *Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión*. Aquichan.14 (1),79-99.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n1/v14n1a08.pdf>

Aspectos bioéticos de las tecnologías disruptivas en la atención sanitaria

Manuel Jesús López Baroni

Introducción¹

En 2003 se elaboró un informe en Estados Unidos de Norteamérica donde se alertaba de la interacción, imbricación y retroalimentación de una serie de disciplinas. Al año siguiente, su contenido se replicó en el contexto de la Unión Europea.

Lo relevante de estas disciplinas no reside (solo) en sus respectivos objetos de estudio, sino en la forma en que se enriquecen mutuamente, de forma que los avances en una repercuten en las otras, como si avanzaran al unísono. Para la bioética, constituye todo un reto estudiar las implicaciones éticas, legales y científicas de estas investigaciones, por cuanto tratan, en esencia, de reescribir todo cuanto nos rodea y vertebra.

Los heterónimos empleados para describir la presente Cuarta Revolución Industrial sugieren que estamos ante un desafío sin precedentes: a) Tecnologías disruptivas. El término “disruptivo” procede de la economía, pero se ha acabado generalizando para englobar estas disciplinas. Implícitamente alude a la capacidad para transformar estructuralmente nuestra realidad a corto plazo, aunque nadie sepa exactamente en qué sentido; b) Tecnologías exponencia-

¹ El presente artículo está basado en publicaciones más previas, en concreto, *Bioética y tecnologías disruptivas*. Editorial Herder. 2021; “El criterio de demarcación de las patentes en Inteligencia Artificial”. En AA.VV. *Temas vanguardistas de la filosofía del derecho y la política*. Tirant Lo Blanc, 2022; “Las narrativas de la biología sintética”. En AA.VV. *Las fronteras de los derechos humanos*. 2020. Dykinson; “Los derechos fundamentales de las Inteligencias Artificiales frente a los seres humanos”. En AA.VV. *Temas clave de la Filosofía jurídico-política. Perspectivas críticas y propuestas alternativas*. Editorial Tirant Lo Blanc, 2021; “El bioderecho y la bioética ante las tecnologías de la sospecha”. En *Temas clave de la filosofía del derecho y política: comentarios críticos*. Tecnos. 2019; “Las tres Europas ante la encrucijada genómica”. *Revista de Bioética y Derecho*. Nº 47. 2019; “Las narrativas de la Inteligencia Artificial”. *Revista de Bioética y Derecho*. Nº 46. 2019; “Las narrativas de la biotecnología”. en *Argumentos de Razón Técnica*, 2018; “Aspectos éticos y legales de la nanotecnología” (coautoría con María Casado), en AA.VV. *Libro Blanco de la Nanotecnología*. Thomson Reuters. 2021.

les. Sería la versión rousseauiana, esto es, optimista, porque hace hincapié en cómo pueden incrementar nuestras capacidades tanto biomédicas como meramente cognitivas, incluida la esperanza de vida; c) Tecnologías emergentes. A diferencia de la anterior, es más cautelosa. Aunque la expresión parece trivial, en realidad subyace una idea muy sugerente en física o en filosofía de la ciencia: el todo es más que la suma de las partes. En efecto, en algún momento, a partir de una serie de elementos químicos, *emerge* la vida; en algún momento, a partir de la interacción de las neuronas, *emerge* la conciencia, etc. La expresión “emergencia” alude a cómo aparecen propiedades nuevas (complejidad) a partir de elementos aparentemente sencillos. De ahí nuestras dudas sobre el resultado último de algunos experimentos; d) Tecnologías de la sospecha. Parafraseando a Ricoeur, en otro trabajo adapté su conocida expresión a las disciplinas que estamos estudiando. En efecto, quienes analizamos las implicaciones globales de la tecnociencia contemporánea *sospechamos* que no estamos ante la Cuarta Revolución Industrial, sin más, como repite tal si fuera un soniquete la literatura actual, sino ante un potencial hiato en la historia de la humanidad, e incluso de la vida misma en el planeta, debido a que el objeto de la intervención es, esta vez, tanto la materia viva como la inerte. No sugiere, ni mucho menos, atrincherarnos tras posiciones tecnófobas, pero tampoco abrazar ingenua y cándidamente cualquier propuesta, por prometedora que ésta sea. Se trata simplemente de estar alerta y parapetarse, ora tras el principio de precaución, ora tras una mínima reserva moral ante determinadas propuestas, como por ejemplo las del transhumanismo.

Cada una de estas disciplinas pivota sobre una unidad que no agota su significado en el componente material sino en su aura simbólica (genes, átomos, algoritmos, neuronas). Todas ofrecen promesas irrenunciables (v. gr., aumento de la calidad y esperanza de vida), incluida la vertiente mística (v. gr., derrotar a la muerte mediante la eterna re-

generación de nuestros órganos y tejidos; transferir el contenido de nuestro cerebro a un ordenador); ingeniosos eslóganes (v. gr., “ahí adentro queda mucho espacio”, formulado por Feynman para referirse a la posibilidad de manipular la materia a escala atómica); y desasosegantes distopías (v. gr. creación de una IA fuerte; fragmentación biológica de la especie humana o dominación por uno de sus subgrupos mejorados genéticamente; pérdida de la identidad subjetiva como consecuencia de las interfaces cerebrales externas o internas; colapso de los ecosistemas a escala planetaria; creación de *strangelest*, etc.).

Estas disciplinas son cinco: biotecnología, biología sintética, nanotecnología, neurotecnologías e inteligencia artificial. Juntas desdibujan las fronteras entre la materia inerte y la materia viva; entre la curación de los seres humanos y la estricta mejora genética (*enhancement*); entre las cosas y los animales (v. gr. *biobots*); y entre estos y nosotros, al pretender humanizarlos (o, desde otra perspectiva, *desanimalizarlos*) refundiendo su genoma con el nuestro. Analizamos brevemente las referidas disciplinas, centrándonos en el aspecto estrictamente sanitario.

1. Biotecnología

La biotecnología es una disciplina relativamente reciente, pero de paradójica trayectoria. En principio, es un campo del conocimiento de segundo nivel, esto es, al servicio de la industria en un sistema de economía capitalista. Sin embargo, en su intento de modificar a los seres vivos no humanos para ponerlos a nuestro servicio ha acabado enfrentándose a preguntas insondables que superan con mucho sus iniciales intenciones. En efecto, el refinamiento en las tecnologías de edición genómica ha fructificado (por ahora) en CRISPR, una técnica que permite intervenir en el genoma de los seres vivos, incluidos los seres humanos, con una versatilidad y precisión asombrosa. En lo que respecta a nuestra especie, las dudas en estos momentos versan sobre si emplear dicha técnica para modificar la línea ger-

minal humana por motivos estrictamente terapéuticos (curar al menos las patologías donde haya un único gen conocido que las cause), para prevenir enfermedades (una especie de vacuna génica) y, por último, para mejorar a los seres humanos profundizando en determinadas características o incluso introduciendo en nuestro genoma rasgos no específicamente humanos (*enhancement*).

En estos momentos existe consenso en utilizar dicha técnica en células somáticas, que cuenta con la ventaja de no traspasar a la descendencia (se ha aprobado para curar un tipo de ceguera; se ensaya en cáncer); en emplearla en la línea germinal humana para curar enfermedades, pero solo cuando se demuestre su seguridad (puede causar mutaciones *off target* y mosaicismo); y en prohibir la mejora genética de nuestra especie (eugenesia). Sin embargo, no existe acuerdo sobre si se debe emplear para prevenir enfermedades y tampoco unanimidad sobre la cuestión de la eugenesia (los transhumanistas abogan por abrir este temible sendero). Por último, el concepto de enfermedad puede variar de una cultura a otra, o incluso en función de la época (v. gr., altura, calvicie, etc.), lo que desdibuja aún más la justificación de una intervención que traspase la descendencia.

En 2018 nacieron en China dos niñas modificadas genéticamente en la fase embrionaria para hacerlas inmunes al SIDA, con lo que, al menos teóricamente, dicha modificación será hereditaria. Aunque el científico implicado fue sancionado, todo el mundo espera expectante el desarrollo de dichas niñas. Si su estado de salud es normal (como sucedió con los primeros casos de fecundación *in vitro*), cabe augurar que se abrirá la veda de la ingeniería genética en la fase embrionaria humana. Si sale mal, simplemente se retrasará. En cualquier caso, podemos asegurar que estamos en una nueva fase de la historia de la humanidad, donde la evolución darwinista parece que será sustituida por decisiones culturalmente adoptadas.

La intervención en el genoma de los seres vivos no humanos plantea retos no menos turbadores. En efecto, con objeto de acabar con determinadas enfermedades (zika, dengue) se pueden emplear los conocidos como “*gen drivers*”, dado que permiten modificar unas cuantas hembras para exterminar poblaciones de millones de mosquitos. Idéntico objetivo se ha estudiado en Australia con los conejos. Los efectos colaterales de intervenciones a gran escala en mamíferos o insectos se desconocen. También su potencial uso dual (civil y militar). Otro tipo de intervenciones en organismos vivos pueden resultarnos útiles para numerosos productos, incluidos los sanitarios. Sin embargo, uno de los mayores retos es controlar la denominada *biología de garaje*, esto es, a los jóvenes que, con los rudimentos necesarios (*biohackers* inspirados en los pioneros de las grandes empresas de la informática, de ahí la referencia a los legendarios habitáculos donde se forjaron Microsoft o Apple) puedan (ya lo hacen) modificar semillas en huertos personales o experimentar con los embriones de sus propias mascotas...

Por último, debemos destacar los intentos por generar órganos humanos en animales (cerdos, monos), objetivo en principio legítimo, pero que puede tener como efecto colateral que mejoremos el sistema cognitivo, emotivo o social de algunos animales cercanos a nosotros. En efecto, por un lado, algunas células pueden acabar accidentalmente en el cerebro de dichos animales, con efectos desconcertantes en cuanto a su nivel de conciencia o estatuto moral, escenario solo superado en cuanto a desasosiego si además se logra que los cambios sean hereditarios; por otro, de forma voluntaria y consciente se está imbricando el cerebro de determinados mamíferos (v. gr., ratas) con neuronas humanas para investigar en enfermedades propias de nuestra especie (Alzheimer, demencias, Párkinson). En resumen, buscamos un modelo que se asemeje en lo más posible a nosotros, pero que no sea como nosotros, esto es, la más bella figura, un círculo cuadrado... El tiempo dirá.

2. Biología sintética

El objetivo inconfeso de esta disciplina es crear vida a partir de la materia inerte. Para valorar adecuadamente su meta hemos de recordar que todavía no lo hemos logrado, a pesar de nuestro conocimiento del genoma, de la capacidad de procesamiento de la información de los ordenadores y de fuentes de energía tan potentes como la nuclear. Quizá se nos escape algo, pero en ello están.

La expresión “sintético” es ambigua, por cuanto puede significar tanto el medio para lograr algo (v. gr., sintetizar proteínas) como el objeto en sí mismo (la célula artificial de *Craig Venter*; el cromosoma sintético de *Jef Boeke et al.*). En este campo entran tecnologías tan potentes como las vacunas de ARN mensajero que tantas vidas han salvado en los tiempos que vivimos, algo más que una mera vacuna y que seguramente revolucionará la medicina en los próximos años. Proyectos futuristas, como crear formas de vida extendiendo el genoma (emplear más de cuatro nucleótidos) o vida a partir de moléculas dextrógiras (las terrestres, incluida la nuestra, es levógira), forman parte de esta disciplina.

Un equipo encabezado por George Church trata de crear en estos momentos un genoma humano sintético (*Genome Project-Write Project*), ensartando los nucleótidos, genes y cromosomas como si de un juego de Lego se tratara, esto es, sin necesidad de espermatozoides ni óvulos. El objetivo primario es conseguir células humanas como modelo para enfermedades. Un hipotético efecto colateral es que logren desarrollar una célula totipotente humana plenamente operativa. Si lo consiguen, la reproducción humana, así como el diseño en laboratorio de nuestra especie, sufrirá un vuelco sin precedentes. Y si lo desarrollan, pero no quieren culminar la operación con un embarazo, tarde o temprano lo harán otros. Por último, si culminan su objetivo con material biológico humano, cabe imaginar que podrían repetir la operación con cualquier forma de vida, actual o del pasado, y quién sabe si no solo real, sino también imaginaria.

En resumidas cuentas, si la barrera entre las especies nos protege de nuestra propia curiosidad, la necesidad de partir de una entidad viva (v. gr., una célula), al menos por ahora, parece también una garantía, aunque sea temporal.

3. Neurotecnologías

El objeto de quienes trabajan en este campo del conocimiento es el órgano más complejo del universo conocido, el cerebro humano. La neurona como unidad de actuación solo compite en simbolismo con la consciencia humana. Si logramos comprender el funcionamiento de este sorprendente órgano, abriremos la puerta a resolver enfermedades tan incapacitantes como el Alzheimer, las demencias, la esquizofrenia o el Párkinson.

Dado que resulta inmoral practicar determinadas investigaciones con personas, tratamos de reproducir nuestro cerebro a escala con orgánulos cerebrales en placas de Petri, con la introducción de células humanas en el sistema nervioso o el cerebro de animales, o incluso la modelización en computadores. Los riesgos colaterales planean sobre este tipo de experimentos, con preguntas insondables como cuál es el grado de conciencia de un orgánulo cerebral o a partir de qué momento el cerebro de un animal desarrolla más percepción de sí mismo y nos inquieta con preguntas para las que no estamos preparados.

Las interfaces, tanto externas como internas, forman parte de este programa de comprensión del cerebro. Por un lado, pueden ayudarnos en la curación de determinadas enfermedades; por otro, hipotéticamente incrementarían nuestra propia capacidad cognitiva permitiéndonos la interacción directa con otros cerebros y, quién sabe, con algo parecido a internet. Los interrogantes, sin embargo, se multiplican hasta llevarnos a preguntas surrealistas, como si nacen nuevas propiedades emergentes a partir de la conexión de los cerebros de humanos o de animales, si podemos perder la identidad o

la subjetividad con este tipo de interfaces, o si resulta viable leer el pensamiento.

Los riesgos sobre la personalidad, el libre albedrío, la manipulación, etc., son enormes, de ahí que prestigiosos científicos como Yuste adviertan sobre lo que se nos viene encima, e incluso algunas constituciones, como la chilena, recién recopilen incipientes neuroderechos.

4. Inteligencia artificial

Una pregunta interesante es por qué deben ocuparse los bioeticistas de este campo del conocimiento, dado que se opera con entidades inertes como el silicio o abstractas como los algoritmos. Aunque nadie aceptaría reconocerlo expresamente, la clave reside en que se sospecha que este tipo de IIAA tendrá un estatuto equiparable al de una entidad viva en los próximos años, lo que repercutirá en nuestro mundo con una intensidad difícil de calibrar ahora. El hecho de que algunas recopilaciones de derechos sobre las IIAA se denominen *Principios de Asilomar*, en referencia a la primera moratoria científica en biotecnología (se mezcló ADN de un virus de mono con una bacteria presente en todos los seres humanos), confirman esta sospecha. De hecho, los famosos principios de la bioética (Informe Belmont) están sirviendo de base a la incipiente normativa que trata de encauzar la Inteligencia Artificial.

En efecto, en los últimos años la IA ha incrementado notablemente su potencial, aun cuando emplea un lenguaje algo confuso (redes neuronales, convolucionales, capas, etc.). Lo más relevante de esta forma de procesamiento de la información reside en que puede descubrir patrones donde los seres humanos solo contemplamos ruido, lo que permite, por ejemplo, diagnosticar enfermedades, a partir de regularidades que se escaparían al escrutinio de los mejores especialistas. Recientemente se publicó que una IA era capaz de predecir la estructura tridimensional de proteínas que nosotros tardaríamos generaciones en averiguar.

El mayor problema que presenta la IA reside en la conocida como Caja Negra. En efecto, los algoritmos iniciales interactúan con el mundo exterior, a través de sensores o con bases de datos, generando nuevos algoritmos, en un bucle incesante hasta lograr manejar millones de variables simultáneamente. El resultado es que su enorme capacidad de predicción y toma de decisiones resulta incomprensible para los seres humanos. Cuando una IA ganó al campeón mundial de Go (todo el orgullo humano se concentró en esa partida, debido a que hace falta imaginación, creatividad y talento), la reflexión en el seno de la Unión Europea no residió en la dolorosa derrota, sino en que nadie era capaz de explicar cómo funcionaban los algoritmos de la IA ganadora. En el campo médico, una IA podría predecir el desarrollo de enfermedades a un hipotético paciente que no ha pedido tal predicción (*v. gr.*, viene por una fractura de tobillo y sale con un diagnóstico de demencia a veinte años vista), con el hándicap de que el personal sanitario no podría explicar cómo se ha logrado alcanzar dicha conclusión, lo que puede resultar demoledor para la vida personal del usuario (*v. gr.*, pareja, trabajo, seguros, etc.).

Un interrogante, tan insondable como algunos de los ya examinados, reside en tratar de intuir cuál será el límite superior de una IA; y si resulta plausible que adquieran conciencia de sí mismas. Para valorar adecuadamente esta pregunta debemos insistir en recordar que nunca se ha logrado el más mínimo avance en conciencia artificial, y que ni siquiera se espera. Sin embargo, numerosos especialistas nos advierten del exponencial incremento de las posibilidades de este tipo de entidades, lo que nos sume en el desconcierto cuando tratamos de regularlas, dado que no sabemos a qué nos enfrentamos realmente.

Dos recientes avances pueden servirnos de guía ante lo que se avecina. Se ha intentado inscribir una patente a nombre de una IA debido a que su invento era merecedor de protección de la propiedad industrial. De he-

cho, en estos momentos los juristas debaten sobre si una IA puede equipararse a los seres humanos en capacidad inventiva, con todo lo que ello presupone en cuanto a habilidades específicamente humanas. El segundo experimento ha consistido en la creación de una forma de vida diseñada con Inteligencia Artificial, a medio camino entre lo inerte y lo vivo, hasta el punto de que se denomina *biobot* (a falta de mejor nombre). Las potenciales utilidades son enormes (llevar fármacos al órgano adecuado), pero el hecho de que ya pueda replicarse (no reproducirse, por ahora) nos recuerda las advertencias recogidas en la literatura especializada de que se debe impedir a las IIAA automejorarse y replicarse de forma autónoma.

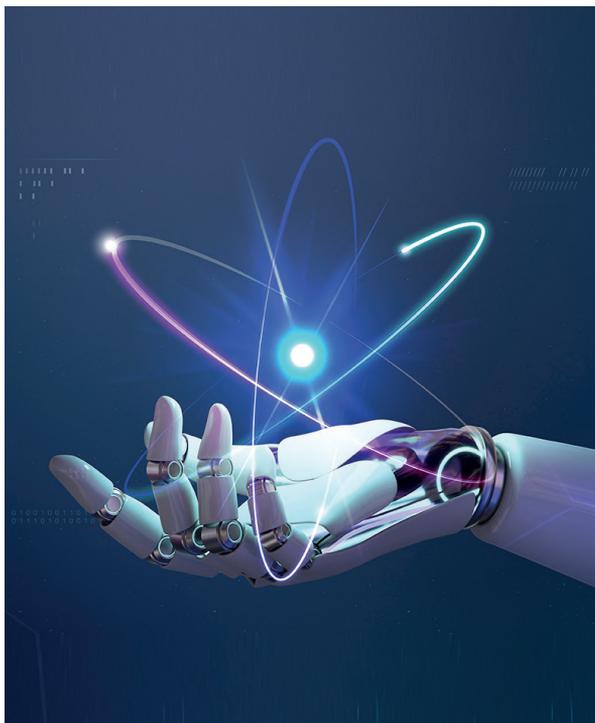
5. Nanotecnología

La unidad simbólica de este campo del conocimiento es el átomo. Trabajan a nanoescala, lo que dificulta sobremanera su objeto de estudio, no ya por la dificultad inherente a manejar partículas tan diminutas sino porque la materia a dicha escala presenta propiedades diferentes a las del mundo macroscópico en que vivimos. Cuando la Unión Europea trató de regular esta incipiente disciplina, se enfrentó a la dicotomía de si regular en función del porcentaje de nanopartículas o de las propiedades de la materia a nanoescala. Después de muchos titubeos, acabó renunciando a establecer reglas generales, cediendo a la casuística por la dificultad de establecer qué es exactamente un nanoobjeto desde un punto de vista estrictamente jurídico.

Si los nanotecnólogos logran controlar la materia a escala atómica, podrían reformular todo cuanto nos rodea, incluida la vida misma. La nano-biotecnología representa justo este punto de imbricación entre la materia inerte y la vida.

En biomedicina, el sueño sería la creación de nanorrobots que circulen por el torrente sanguíneo y nos adviertan de la inminencia del desarrollo de una enfermedad. La pesadilla, que esa información sea pública o accesible

al poder político. Entre una y otra situación se ofrecen numerosas posibilidades, como la medicina personalizada, el diseño de fármacos específicos, nanopartículas que degraden el plástico, materiales ultrarresistentes o ultraconductores, etc. La computación cuántica y la nanobiotecnología parecen llamadas a confundirse en una disciplina, todavía por bautizar, que promete dar muchos quebraderos de cabeza.



Como toda disciplina disruptiva que se precie, la nanotecnología cuenta con su propia distopía, la creación de *strangelest*, un tipo de molécula teórica que, si llegase a cobrar realidad material como consecuencia de determinados experimentos, destruiría nuestro mundo. Afortunadamente solo es una teoría, aunque ciertamente muy inquietante una vez que se escucha y comprende a quienes la formularon.

Conclusiones

De las disciplinas científicas, incluidas las relacionadas con las ciencias de la vida, las sanitarias siempre han sido las más humanistas. El contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte, pero también con la esperanza y la lucha por la calidad de vida de los pacientes, ha modelado la mente del personal de medicina y enfermería, compeliéndole a convivir con un pie apoyado en los conocimientos estrictamente técnicos y el otro en la complejidad de la naturaleza humana. Es-timo que la Cuarta Revolución Industrial no solo acentuará este carácter prácticamente renacentista del personal sanitario, sino que ampliará el horizonte hacia el medio ambiente, los seres vivos no humanos e incluso el futuro inmediato de nuestra especie.

Para la bioética constituye todo un reto esta constante ampliación de temáticas, interrelacionadas, complejas e inabarcables, que nos arrastran a problemas tan reales como en ocasiones inimaginables. Nos obliga a transitar de un campo del conocimiento a otro, a adaptar nuestro lenguaje para que sea comprensible a los especialistas de otros campos del conocimiento, a comprender la complejidad técnica de asuntos sobre los que carecemos de formación previa y/o antecedentes, a lidiar con los poderes públicos, a no dejarnos instrumentalizar por los mismos, a deslindar los bulos de los hechos, la tentación tecnofóbica de la candidez tecnófila, y las esperanzas de las distopías. Debemos estar en condiciones de poder predecir y regular un futuro inmediato pleetórico de promesas, pero también de potenciales escenarios disruptivos. El *sapere aude*, grito de guerra de la Ilustración, que nos ha llevado hasta aquí, se ha tornado hoy más cauto, prudente y humilde.

Debemos conformarnos con *saber anticiparnos*, no ya por nosotros, sino por las generaciones venideras, para que la historia humana tenga continuidad y, por ende, sentido; para que, en suma, no finalice abruptamente.

Trazos históricos Del grupo de estudio a la Comisión Nacional de Bioética

Ariana Leticia Landín López y Raúl Jiménez Piña

Mucho se ha discutido sobre la historia de la bioética, ya que algunos reconocen que las preocupaciones bioéticas son más antiguas que la conceptualización de Van Rensselaer Potter en 1970. Por un lado, se rescata a Fritz Jahr y su propuesta en *Bio-Ethik* (1927) sobre la relación moral entre el hombre y el resto de los seres vivos; por otro lado, Joseph Fletcher, sin apelar al término “bioética”, sostiene la importancia de la autodeterminación en *Morals and Medicine* (1952). En México, el Dr. Ignacio Chávez mostraba su preocupación sobre la deshumanización de la medicina desde 1958.

En términos de institucionalización de la bioética, es preciso remontarse a *The Hastings Center*, reconocido como la institución más antigua en el ámbito, cuya fundación data de 1969. Las décadas de 1970 y 1980 vieron el nacimiento de distintas organizaciones de estudio, enseñanza y consulta sobre la ética en las ciencias de la salud. El 23 de febrero de 1983, por decreto presidencial, se creó en Francia el Comité Consultivo Nacional de Ética para las ciencias de la vida y de la salud (CCNE, 2021), el primer antecedente para los grupos colegiados a nivel nacional cuya principal función es la asesoría gubernamental en las temáticas propias de la bioética. Ese mismo año, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se reconoció el derecho a la protección de la salud, lo que marcó un momento clave, impulsado por el Dr. Guillermo Soberón, para la historia de la salud pública y que sin duda contribuyó a la institucionalización de la bioética en nuestro país.

En la década de 1980, la bioética aún era ampliamente desconocida en México en los ámbitos educativos y de atención a la salud, no obstante, ya comenzaban a gestionarse normativas vinculadas con las preocupaciones de esta disciplina: el artículo 51 de la Ley General de Salud (1984) refiere que los usuarios tendrán derecho “a recibir atención profesional y éticamente

responsable”. En 1987, con el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud se legislaron aspectos éticos de la investigación como la necesidad de un dictamen favorable por parte de la Comisión de Ética, la protección de la privacidad y el consentimiento informado.

La institucionalización de la bioética en México se asocia al Dr. Manuel Velasco Suárez. Sus escritos muestran un temprano interés por la ética médica, el respeto a la dignidad de los pacientes y la responsabilidad social del gremio.

Las guerras se encuentran ineludiblemente vinculadas a la historia de la bioética, autores, como Juliana González Valenzuela (2008), enfatizan que “la bioética no se explica sin la Segunda Guerra Mundial, con todos sus horrores o más aún, sin el estado de guerra interminable que atraviesa todo el siglo y no acaba en el presente” (p. 12) y la asocian como un correlato a la consolidación de los Derechos Humanos y las transformaciones sociales encaminadas a la igualdad, la paz, la fraternidad y la justicia. Con el fin de la Guerra Fría, los intereses del Dr. Velasco Suárez se extendieron hacia la ecología y la contaminación ambiental.

En 1989, como Secretario del Consejo de Salubridad General, el Dr. Velasco Suárez impulsó la creación del “Grupo de Estudio de la Bioética”. El grupo de estudio se dedicó, de manera literal, a estudiar la materia, particularmente lo que se producía en el extranjero: el Instituto *Kennedy* de Ética, el Centro *Hastings*, Francia, España, Alemania e Italia (MVS, 2000, p. 7 y 2001, p. 8). Tras dos años de estudio, promovieron “la actualización de los Comités de Ética existentes en hospitales e instituciones médicas, para que se convirtieran en Comités de Bioética” (MVS, 2001, p. 8). Con esta acción, 1991 fue el año simbólico de creación de la Comisión Nacional de Bioética: “a veinte años de que Van Rensselaer Potter acuñara el término *Bioética* como

“la ciencia de la supervivencia y puente hacia el futuro” (MVS, 2001, p. 8). Dicho año se integró al logo de la Comisión.



1991 fue el año simbólico de creación de la Comisión Nacional de Bioética. La gota de agua representaba la vida; dentro de ella se encontraba el ADN, la salud y la ciencia (MVS, 1993).

El establecimiento formal de la Comisión Nacional de Bioética, entonces reconocida como CNB, fue el 30 de marzo de 1992 en la Sala de Consejos de la Secretaría de Salud. En la ceremonia de instalación, el Dr. Velasco Suárez presentó el texto *Conceptualización de la bioética* donde recalca: “la conducta profesional empeñada en acciones de salud, debe conocer los nuevos aspectos morales que surgen del adelanto de la ciencia”, especialmente en un contexto en el que se advertían los riesgos de la deshumanización de la *praxis* médica; por lo tanto, “la Comisión Nacional de Bioética tendrá como objetivo estudiar e investigar la temática en todos los aspectos relativos a la vida, la salud, el bienestar y seguridad social, la lucha incesante por la justicia y la honradez profesionales así como el respeto a los derechos humanos” (pp. 240-241).

En el Acuerdo (1992), “se crea la Comisión Nacional de Bioética del Consejo de Salubridad General, como un organismo permanente de estudio, organización y dictamen para normar el comportamiento de las

dependencias oficiales y privadas relacionadas con los problemas que comprometen la vida, la salud en general y afectan los ecosistemas” (p. 249). En consonancia con los intereses que tenía el Dr. Velasco Suárez, el Acuerdo incluye atribuciones en el saneamiento ambiental, la ecología, la contaminación ambiental, los derechos humanos, la ética en la investigación, la demografía, la deshumanización de los servicios de instituciones médicas, las adicciones, los trasplantes de órganos y las armas nucleares o químicas. Los órganos, sesiones y atribuciones de los integrantes de la CNB se definieron en el Reglamento Interno de la CNB en julio de 1993.

Una de las primeras actividades de la CNB, en julio de 1992, partió de un indudable interés del Dr. Velasco Suárez: la redefinición de la muerte en función del cerebro viviente. Desde la CNB se giraron “circulares a todos los hospitales y centros de salud de la república para actualizar a sus respectivos comités de ética” (MVS, 1992a, p. 161n.) acerca del tema. A partir de esa fecha, en todas las apariciones públicas, el Dr. Velasco Suárez era reconocido como Secretario de la CNB. La primera vía de promoción de la bioética fue él mismo y sus discursos ante profesionales de la salud. Explicaba que, desde la bioética, las personas eran más que anatomía, fisiología y composición bioquímica; y enfatizaba la totalidad del ser humano considerando sus interacciones y el ambiente que lo rodea: “el médico habrá de tener presente los aspectos psicológicos, sociales y culturales, además de los biológicos y ecológicos” (1992b, p. 695). Vale la pena resaltar que, así como reconocía que los profesionales de la salud debían compenetrarse del significado y extensión de la bioética, abogaba por considerar a todas las actividades hospitalarias, “inclusive a las administrativas” (1993, p. 325) y estaba convencido de que la ética médica había dejado de ser exclusiva del gremio y competía también “a los enfermos y a los familiares de los enfermos, a distintos miembros de la familia, a los funcionarios, a los educadores” (1992a, pp. 166-167).

En el ámbito extrahospitalario, la CNB se dirigió a las políticas públicas, la legislación. Convocó a los gobernadores de los estados a presentar iniciativas de ley “ante sus respectivos congresos, con el objeto de controlar lo relativo al manejo y depósito de desechos tóxicos de industrias, comercios, particulares y primordialmente de instituciones hospitalarias para prevenir catástrofes que dañaran a la población y a la bioecología” (Rodríguez Pérez, 2010, p. 215; MVS, 1992c, p. 21). Además, se promovió la instalación de comités de bioética en las instituciones de educación superior, clínicas e instituciones hospitalarias (MVS, 1992c, p. 21).

Entre 1993 y 1994, el Dr. Manuel Velasco Suárez comenzó a utilizar los principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) como “criterios más allá de la frialdad de las técnicas, para considerar la condición y derechos de la persona enferma” (1993a, p.188). En ese momento, la CNB publicaba sus trabajos en el Boletín del Consejo de Salubridad General. Como proyectos, se encontraba el Código Nacional de Bioética, como complemento al recién creado Decálogo de la Bioética, y la integración de una bibliohemeroteca como centro de apoyo, consulta y documentación (MVS, 1993b, p. 355).

En 1994, comenzó la publicación de un boletín propio que servía para promover la discusión acerca de la bioética y los próximos eventos nacionales e internacionales. También se traducían textos relevantes por su tema o procedencia, por ejemplo, en 1999 se publicaron en español las “Orientaciones éticas para una buena práctica quirúrgica” de la Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía.

La Comisión Nacional de Bioética comenzó sus incursiones internacionales con dos acciones en 1994: el Dr. Manuel Velasco Suárez fue elegido presidente de la Federación Latinoamericana e Instituciones de Bioética (FELAIBE, creada en 1991) y, meses después, la CNB realizó el primer Congreso Interna-

cional de Bioética en el que participaron especialistas de todo el mundo, incluyendo a Noëlle Lenoir, la presidenta del recién creado Comité Internacional de Bioética de la UNESCO. Al finalizar este evento, “se reconoció a la Comisión Nacional de Bioética de México como la organización más madura del Continente para constituirse en un INSTITUTO NACIONAL y eventualmente **PANAMERICANO DE BIOÉTICA**” (MVS, 1994). Seguramente estas palabras, con los recursos tipográficos originales, eran del Dr. Velasco Suárez y sus ideales para la Comisión. En 1996, la CNB participó en la Primera Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética en San Francisco (MVS, 1996).

En 1995, se creó la Academia Nacional Mexicana de Bioética, “auspiciada por la Comisión” (MVS, 2000, p. 9). Ellos realizaban sesiones académicas en unidades hospitalarias del sector público y privado y funcionaban como un complemento de educación e investigación, mientras que la Comisión se encargaba más de las políticas públicas. En adelante y hasta el 2002, ambas organizaciones participaron en conjunto, así aparecían en los congresos nacionales e internacionales de bioética que se realizaron en México y en las publicaciones.

Prácticamente hasta 1999, la Comisión Nacional de Bioética era entendida como “el grupo de amigos del Maestro Velasco-Suárez” (Kumate Rodríguez, 1995, p. 44; Cano Valle y Torres Mejía, 2000, p. 12). No les faltaba razón. La tarea que realizaban era importante, pero era un grupo de amigos que se reunían y daban conferencias o talleres sobre el tema, como una vía inicial para difundir esa disciplina que poco a poco cobraba interés en las políticas públicas. Sin embargo, había varios vacíos legales sobre la bioética y el quehacer de la CNB; muchas de las propuestas y acciones dependían más de la tenacidad de los integrantes, del “grupo de amigos”, que de una normativa. Con motivo del octavo aniversario de la CNB, Fernando Cano Valle y José Torres Mejía imaginaban el futuro de la CNB como un órgano de la

Secretaría de Salud con alcance nacional, con autonomía y patrimonio propio y con un mayor valor técnico, peso científico y moral (Cano Valle y Torres Mejía, 2000, p. 14).

El Día del Médico, 23 de octubre de 2000, se publica el Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión Nacional de Bioética. Esta “nueva” CNB se integraba por los titulares de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y la CONAMED; el secretario del Consejo de Salubridad y dos representantes de la Secretaría de Salud. Adicionalmente, podría participar personal de la UNAM, el IPN, Conacyt y otras instituciones académicas, dependencias y miembros de la comunidad científica o agrupaciones relacionadas con el objeto de la CNB. Esto supuso cierta independencia y la apertura a otros ámbitos más allá del Consejo de Salubridad General. Para el 2000, la bioética también estaba presente en varias facultades y grupos de estudio en todo el país (Cano Valle y Torres Mejía 2000, p. 11; MVS, 2001, p. 9), lo que reafirmaba el establecimiento de las preocupaciones de la bioética en el territorio nacional. Estas bases sólidas permitieron que, tras el deceso del Dr. Velasco Suárez, el 2 de diciembre del 2001, la CNB siguiera sus labores.

Para reforzar esta consolidación, en 2002, la CNB publicó el *Código de Bioética para el personal de salud* como una guía específica de la práctica de la bioética en la atención médica, la investigación y la formación en salud. Con Fernando Cano Valle al frente de la institución, se lanzó una nueva publicación: *Summa bioética*. Un año después, el Dr. Ruy Pérez Tamayo fundó el Colegio de Bioética, A.C. evidenciando la presencia de la bioética también en las organizaciones civiles. Ese mismo año, dentro del Consejo Nacional de Salud, se emitió el acuerdo para que cada entidad federativa instalara una Comisión de Bioética. Estas comisiones con carácter consultivo, educativo y proyectivo abordan de manera local las problemáticas en bioética, como un foro de reflexión multidisciplinario y multisectorial. Además,

promueven la creación y capacitación de los Comités Hospitalarios de Bioética y los Comités de Ética en Investigación. La primera en crearse fue la del estado de Morelos en marzo de 2004 y, paulatinamente, se fueron creando en el resto de las entidades federativas para fortalecer la infraestructura bioética del país. En enero del 2022, 30 estados cuentan con una Comisión Estatal de Bioética (CEB).

En septiembre del 2003, con el Dr. Juan Garza Ramos como Encargado de la Secretaría Ejecutiva de la CNB y, en conjunto con la división de México del Movimiento Universal de la Responsabilidad Científica (MURS, por sus siglas en francés), se organizó la conferencia internacional titulada *Responsabilidad científica y bioética: llamado a los científicos* en la que participaron especialistas de todo el mundo para abordar preocupaciones de la bioética en relación con el derecho, el medio ambiente, la salud pública, la educación y los límites científicos, morales y económicos de las investigaciones en salud.

Tras la derogación de la Comisión Nacional para el Genoma Humano, el Dr. Guillermo Soberón Acevedo asumió la Secretaría Ejecutiva de la CNB. Bajo su mando comenzó la transición hacia la autonomía técnica y operativa, tras la publicación del Decreto Presidencial del 7 de septiembre de 2005 por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. La CNB siguió subordinada a la Secretaría de Salud con el objeto de “promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud” (art. 1). Con este nuevo estatus jurídico, le corresponde formalmente promover la creación de Comisiones Estatales de Bioética. Ese mismo año se expidieron los Lineamientos operacionales de las Comisiones Estatales de Bioética y

se celebró la Primera Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Bioética. A nivel mundial, la cultura bioética se vio reforzada con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

Para 2008, la idea inicial de un centro de información que estuviera disponible para todo el público, evolucionó al Centro del Conocimiento Bioético (CECOBE), dirección encargada de fomentar el conocimiento de la ética y bioética en las instituciones de salud, de investigación y de enseñanza. También desarrolla contenidos de divulgación y promueve tanto las actividades de la Comisión como de instituciones aliadas nacionales e internacionales. La biblioteca, enriquece su acervo, cuenta con acceso a bases de datos especializadas y ofrece servicios de información y documentación a los integrantes de CHB, CEI, CEB y al público en general. Con todo esto, el CECOBE se ha consolidado como un modelo que se nutre de la vanguardia en bioética para realizar labores de asesoría, aval, capacitación, gestión y divulgación de información especializada en apoyo a la infraestructura nacional en bioética.

Entre 2010 y 2011 se modificaron la misión, la visión, los valores, las líneas estratégicas y los ejes temáticos de la Comisión. Se concibió el logotipo actual, dándole una imagen más moderna y visualmente más atractiva, y se instituyó el acrónimo CONBIOÉTICA, en sustitución de las siglas CNB que no eran suficientemente distintivas del quehacer institucional. También comenzó la publicación de la *Gaceta CONBIOÉTICA* que, tras diez años ininterrumpidos de publicarse, se ha vuelto el medio de difusión más longevo en la historia de la Comisión Nacional de Bioética.

Desde el 2002 se había advertido la falta de reglamentación jurídica específica sobre los Comités de Bioética (Brena Sesma, 2003, p. 46). Esta situación se solventó durante la gestión del Dr. Manuel H Ruiz de Chávez, con la reforma del 2011 a la Ley General de Salud que especifica la obligatoriedad de los

Comités Hospitalarios de Bioética y de los Comités de Ética de Investigación, de acuerdo con los criterios de la Comisión Nacional de Bioética (art. 41 Bis. II.). Esta reforma constituyó un paso relevante para la institucionalización de la bioética, al definir brevemente el quehacer de los CHB y CEI. Además, se reconoce legalmente la importancia de los equipos interdisciplinarios y la equidad de género. La CONBIOÉTICA ha generado las guías de integración y funcionamiento de los Comités y las ha ido actualizando en respuesta a las condiciones del país, la retroalimentación de los Comités y las preocupaciones bioéticas a nivel mundial. Actualmente, se encuentran vigentes la quinta edición de CHB y la sexta edición de CEI.



En el marco del vigésimo aniversario, se inauguró la sede de la CONBIOÉTICA y se estrenó un escaparate de difusión adicional a las publicaciones: el YouTube de la CONBIOÉTICA que ha contribuido a las tareas de capacitación y difusión de las actividades, especialmente en las condiciones de austeridad republicana y la pandemia de COVID-19. Ante esa perspectiva global, en 2013 comenzaron los preparativos para que, en

2014, México recibiera los dos eventos más importantes de bioética a nivel mundial: el 12° Congreso Mundial de Bioética, convocado por la *International Association of Bioethics* y la 10a. Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud. Esto reforzó la presencia internacional de la CONBIOÉTICA, así como su liderazgo en la esfera regional.

A nivel normativo, 2014 también fue un año importante: el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se reformó para especificar que el registro de los Comités de Ética en Investigación se realizará ante la CONBIOÉTICA (art. 101). Las actividades de la CONBIOÉTICA no se limitan al seguimiento de los comités, pues también se realizan capacitaciones para los profesionales del Sistema Nacional de Salud incluyendo, obviamente, a los comités. Finalmente, en 2017, se modernizó y se reformó la organización, composición y funcionamiento de la Comisión Nacional de Bioética, para dar paso a un órgano actualizado y se añadieron las figuras del Comisionado Nacional de Bioética y del Consejo Consultivo. En este Decreto se ratificó la definición de bioética para la CONBIOÉTICA: “Es una rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas, para regular y resolver conflictos que se dan en la vida social, especialmente en los campos de la ciencia que se ocupan del estudio de los seres vivos, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones”.

A lo largo de treinta años, la Comisión Nacional de Bioética ha cambiado su relación con la bioética misma. Del medio ambiente a la ética aplicada con planteamientos normativos y políticas públicas. Del grupo de estudio a una infraestructura sólida en la que se promueven los estándares éticos en todo lo referente a la salud de los mexicanos al fungir como órgano de consulta

sobre la legislación, las políticas públicas y los programas de gobierno. Así se ha logrado incorporar el enfoque bioético y se ha encontrado en la bioética un elemento clave para la toma de decisiones, al considerar el respeto a la dignidad y los derechos humanos. Parte de la herencia de la CONBIOÉTICA consiste en que la infraestructura bioética del país es mucho más amplia. La CONBIOÉTICA se consolida con la rectoría de la bioética a nivel nacional, pero ésta también se hace presente a nivel estatal, con las CEB, y local, con los CHB, CEI e incluso con los comités de ética de otras instituciones que no necesariamente están obligados a registrarse en la CONBIOÉTICA, pero que se nutren de su orientación. Por eso resulta relevante que, durante estos treinta años, la CONBIOÉTICA haya acompañado a la población mexicana fomentando las discusiones y colaborando en la institucionalización de la bioética con lo que ello implica: transparencia, rendición de cuentas y un marco normativo específico que obliga a la reflexión sobre las cuestiones bioéticas.

La bioética, por la propia naturaleza de su aplicación, se caracteriza por estar en discusión constante y en actualización continua. Las preocupaciones que tenía la bioética hace treinta años han cambiado debido a los avances de la ciencia, las modificaciones en las relaciones sociales, la presencia de la tecnología, el impacto del gobierno abierto, etc. En un futuro próximo, la CONBIOÉTICA seguirá presente en la reflexión, deliberación y elaboración de planteamientos normativos y de políticas públicas para enfrentar los dilemas actuales y las preocupaciones que poco a poco se gestan a nivel global y nacional. Particularmente ahora, ante un escenario pandémico, se revela la trascendencia de escuchar otras perspectivas, identificar dilemas éticos y buscar consensos que permitan mejorar los servicios de salud, la calidad de la atención médica, de la investigación y de las condiciones de vida de los pacientes, sus familias y el personal de salud. Siempre

bajo una premisa: todos en algún momento nos enfrentaremos a los dilemas bioéticos.

Actualmente, la bioética está presente en el Sistema Nacional de Salud, desde la atención primaria de salud hasta la investigación en centros especializados. Dada la evolución constante de esta disciplina, sería importante trascender fuera del Sistema Nacional de Salud y afianzar la bioética en la población en general; ya hemos comprobado que, en materia de salud pública, las acciones individuales tienen poca utilidad si no se cuenta con el apoyo de la comunidad. De aquí la importancia de generar vínculos estratégicos para impulsar la bioética en los sectores público, privado y social, facilitando así la formación en bioética, su difusión y divulgación en el territorio nacional, que derive en la apropiación social de la bioética. En este sentido, la reciente apertura de

la página de Facebook de la Comisión Nacional de Bioética es una herramienta fundamental para conectar e interactuar con la ciudadanía.

La oportunidad está dada; mientras que en algunos ámbitos la pandemia significó un estancamiento de actividades, algunos servicios de la CONBIOÉTICA fueron demandados con mayor interés, por ejemplo, en el CECOBEBE, por la necesidad de recibir información confiable y actualizada. Además, en los últimos años, también se ha visto un creciente interés por las perspectivas bioéticas que no necesariamente se vinculan con la medicina y la salud: la integridad científica, el deporte, las humanidades, las artes, los medios de comunicación, la inteligencia artificial, etc. A lo mejor, es momento de pensar en una Comisión Nacional de Bioética con mayor injerencia en otras áreas.

Referencias

- Acuerdo que crea la Comisión Nacional de Bioética del Consejo de Salubridad General (1992, 30 marzo). En Manuel Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 246-254). México: Progreso.
- Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión Nacional de Bioética (2000, 23 octubre). Diario Oficial de la Federación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2062406&fecha=23/10/2000
- Brena Sesma, I. (2003). *Comités Hospitalarios de Bioética. Una propuesta para su regulación legal*. Summa Bioética, 1(1), pp. 43-50.
- Cano Valle, F. y J. Torres Mejía. (2000). *Semblanza de la bioética en México*. Boletín Comisión Nacional de Bioética, 6(1), 10-15.
- Comité Consultatif National d'Éthique [CCNE]. (2021, 28 diciembre) *Historique*. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/pages/historique>
- Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética (2005, 7 septiembre). Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2091200&fecha=07/09/2005
- Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud. (2011, 14 diciembre). Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5224260&fecha=14/12/2011
- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014, 02 abril). Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética, publicado el 7 de septiembre de 2005. (2017, 16 febrero). Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5472034&fecha=16/02/2017

- González Valenzuela, Juliana (2008). Introducción. ¿Qué ética para la bioética? En Juliana González Valenzuela *Perspectivas de bioética*. (pp. 9-50), México: UNAM-CNDH-FCE.
- Kumate Rodríguez, J. (1995, octubre 30). Responsabilidad bioética en Medicina preventiva y servicios de salud pública. En Comisión Nacional de Bioética (1996), *Jornada de análisis y actualización de la bioética en los servicios de salud*, México: SSA, pp. 36-44.
- Ley General de Salud. (1984, 7 febrero). Diario Oficial de la Federación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984
- Nobel Prize. (2021, 29 diciembre). *The Nobel Peace Prize for 1985*. <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1985/press-release/>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1987, 6 enero). Diario Oficial de la Federación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4634565&fecha=06/01/1987
- Rodríguez Pérez, M. E. (2010). *El Consejo de Salubridad General y las Epidemias*. México: CSG.
- Velasco Suárez, M. (1992, 30 marzo). Conceptualización de la bioética. Instalación de la Comisión Nacional de Bioética. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 238-241).
- Velasco Suárez, M. (1992a, 7 julio). Sesión del Consejo y la Comisión Nacional de Bioética. Redefinición de la muerte en función del cerebro viviente. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 156-173). México: Progreso.
- Velasco Suárez, M. (1992b, 10 noviembre). Las ciencias médicas y la bioética en los confines de la vida. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo I (pp. 691-699). México: Progreso.
- Velasco Suárez, M. (1992c). *Bioética y Derechos Humanos*. México: CNDH.
- Velasco Suárez, M. (1993, 25 marzo). Significado y proyección de la Comisión Nacional de Bioética en México. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 316-327). México: Progreso.
- Velasco Suárez, M. (1993a, 2 septiembre). Bioética y condiciones del traumatizado cerebral. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 185-194). México: Progreso.
- Velasco Suárez, M. (1993b, 6 septiembre). La Comisión Nacional de Bioética. Justificación y propósitos. En M. Velasco Suárez (1994), *Humanismo y pensamiento científico*. Tomo III (pp. 347-357). México: Progreso.
- Velasco Suárez, M. [atrib.] (1994). Editorial. *Boletín Comisión Nacional de Bioética*, 1(4), retiro de tapa.
- Velasco Suárez, M. (1996). VIII, Human Subject Protection and the Bioethics Implications of Genetics [Conferencia presentada en la Primera Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética]. *Boletín. Comisión Nacional de Bioética*, 2(6), pp. 24-26.
- Velasco Suárez, M. (2000). 1.2 Comisión Nacional de Bioética VIII Aniversario. *Boletín Comisión Nacional de Bioética*, 6(1), 5-10.
- Velasco Suárez, M. (2001). IX Aniversario de la Comisión Nacional de Bioética. *Boletín Comisión Nacional de Bioética*, 7(1), 8-12.

Tres décadas de historia de la Comisión Nacional de Bioética

Patrimonio documental de una institución

María Patricia Herrera Gamboa

Celebrar tres décadas de historia de una institución, siempre es motivo de orgullo, de identidad, de logros y de metas alcanzadas, plasmadas en los hechos que día a día y año tras año, integran su patrimonio documental histórico, aún más de una disciplina joven en nuestro país, que, en más de una ocasión, ha luchado para abrirse camino, para difundirla, divulgarla y darle voz, voto y presencia.

La Comisión Nacional de Bioética, desde que se creó como un grupo de estudios en bioética, hasta decretarse como órgano desconcentrado del gobierno federal, ha transitado por diversas transformaciones, entre ellas: su fortalecimiento, evolución, modernización y consolidación, que la han llevado a ser una institución fuerte, a la vanguardia y posicionada como instancia asesora, rectora y normativa de la bioética en México.

Dado su relativamente corto tiempo de historia, no contaba con un patrimonio documental histórico-científico, que comprendiera su evolución, ya que no existía la responsabilidad administrativa de conjuntarlo y resguardarlo, fue hasta el año 2020, que en concordancia con las normas administrativas de conservación de archivos y control documental de las instituciones del gobierno federal, específicamente de la Secretaría de Salud, se inició el proyecto de compilación de su acervo histórico.

Sus términos y definiciones se rigen por las establecidas en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su reglamento y los conceptos previstos en los Lineamientos generales para la organización y conservación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que en el caso de los archivos históricos, deberá ser la propia dependencia la responsable de organizar, conservar, administrar, describir y divulgar el patrimonio documental histórico institucional.

Justificación

En múltiples ocasiones, se desconoce la importancia de los documentos históricos que se resguardan en los acervos documentales públicos y privados que hay en nuestro país, pues se les ha conceptualizado como un montón de papeles viejos inservibles, a los que sólo los investigadores pueden acceder, porque solo ellos pueden leer e interpretar la información que contienen.

Sin embargo, los documentos históricos no lo son, al contrario, resguardan importantes datos del pasado de una institución, con valores secundarios como son: evidenciales, testimoniales e informativos. Los evidenciales, son los que muestran derechos y obligaciones en una sociedad, tales como: leyes, reglamentos, acuerdos y decretos, considerados base de la historia institucional.

Los testimoniales, nos muestran la evolución de las instituciones, asignando este valor a los documentos generados por funciones sustantivas de la institución y, por último, los informativos, documentos que sirven de instrumento de información para el usuario y la propia institución, como fuente para la investigación política, social, demográfica y cultural.

Es por ello, que el patrimonio documental, se refiere a los escritos que tienen valor histórico, artístico, científico y literario para una institución, como testimonio de sucesos, hechos y acontecimientos, conservados más allá de la memoria del hombre, convirtiéndolos en instrumentos de creación y preservación de identidad.

Objetivos

La compilación de información y documentos probatorios, objeto del acervo, se clasifica de valor histórico, como documentos fuente primaria de la historia institucional de la Comisión Nacional de Bioética, resguardados de manera interna para requerimiento y consulta, acumulados en un proceso natural y conservados, respetando aquel orden para servir como testimonio e información institucional.

El acervo consta de documentos físicos, carpetas, expedientes, libros u otras publicaciones físicas, clasificadas por tema específico, actividades, informes, vinculación con otras dependencias, entre otros y virtual, en formatos PDF o JPG, nacionales e internacionales, de lo que se tiene testimonio, al interior de las áreas que conforman la Comisión.

De tal suerte, que el objetivo general es que la Comisión Nacional de Bioética, cuente con un acervo documental, para cubrir la necesidad de preservación y divulgación de su memoria científica, como evidencia de los asuntos que le competen, su evolución y actividades relacionados a la generación de políticas públicas, desarrollo y difusión de la bioética en nuestro país, considerando que el acervo documental, servirá para el fomento de la investigación científica y la formación de especialistas, en este importante campo de las humanidades.

Integración del Acervo (Aspectos más relevantes)

1) Marco Jurídico

El marco jurídico que le da sustento, carácter y orientación a las tareas para las que fue creado el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética, son los aspectos que fundamentan, desde la perspectiva científico-técnica, el sentido y quehacer de la bioética en el contexto actual, de cara a las necesidades de salud y desarrollo propias de la sociedad mexicana.

2) Creación – fundación

“...Ante la ausencia de un organismo nacional, que pudiera tener autoridad para considerar los múltiples dilemas éticos relativos a la vida en general e integridad de la persona humana. En la práctica cotidiana como en la investigación de la medicina, tanto privada como del sector salud, el suscrito, preocupado por los aspectos bioéticos que se manifiestan desde la fecundación hasta la culminación de la vida, como en la dignidad humana

presente hasta la muerte y ante el incontenible avance científico y tecnológico aplicativo en la medicina, el derecho, la educación como en la ecología, propuse en el seno del Consejo de Salubridad General de la Presidencia de la República, la creación de la Comisión Nacional de Bioética...” Dr. Manuel Velasco Suárez, FUNDADOR. Marzo de 1992.



La Comisión Nacional de Bioética, inició su devenir como organismo rector de la bioética en México, para difundir y promocionar esta disciplina, desde el enfoque e impulso que la propia institución podría darle a nivel nacional e internacional. En ese entonces, los temas que ocuparon primordialmente la reflexión bioética de la comisión, se centraron en el cuidado de la salud y la ética médica; como se refleja en sus primeras publicaciones, así como en sus esfuerzos por organizar diversos foros, encuentros, seminarios y congresos nacionales e internacionales.

3) Acuerdo con carácter de permanente

El inicio del nuevo milenio significó para la Comisión, una nueva etapa, ya que el 23 de octubre del año 2000, le fue otorgado el Ca-

rácter de Permanente con el Acuerdo Presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación, como fruto de su desempeño y la relevancia social de su trabajo, lo cual también le dio mayor consistencia y estabilidad y le permitió una actuación más amplia de trabajo, en los sectores público, social y privado.

4) Creación de las Comisiones Estatales de Bioética

Bajo el Acuerdo tomado en el Consejo de Salubridad General en 1993, para que cada Entidad Federativa asumiera el compromiso de crear en su territorio una Comisión Estatal de Bioética con el objetivo de difundir entre la sociedad y los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, los principios y valores que debían regir, el ejercicio de su actividad en la materia.

5) Órgano desconcentrado del Gobierno Federal

El 5 de septiembre de 2005, fue emitido un Decreto Presidencial por el cual se otorgó a la Comisión, el carácter de organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal, con ello adquirió su autonomía técnica y operativa y alinearla a las actividades del Plan Nacional de Desarrollo de la Secretaría de Salud.

6) Creación e instalación de los comités institucionales de bioética

En noviembre del 2006, las Comisiones, Cátedras y Comités Institucionales de Bioética, se instituyeron en los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación.

Comités Hospitalarios de Bioética (CHB). Espacios de análisis, reflexión y estudio, cuya finalidad es auxiliar al personal de salud en el ejercicio de la atención médica, así como a los pacientes y familiares que requieren de la acción de dicho personal. Son la instancia en la que se analiza de manera sistematizada los conflictos éticos que surgen durante el proceso de atención clínica o de docencia.

Comités de Ética en Investigación (CEI). Cuerpos independientes y multidisciplinarios, encargados de la revisión ética de investigaciones que involucren la participación de sujetos humanos, con la intención de asegurar que su integridad, derechos y bienestar sean protegidos. Son obligatorios para los establecimientos que realizan investigación en seres humanos.

7) Modernización y Consolidación

A inicios del año 2010, se instauraron cambios estructurales de organización y modernización, así como de planeación estratégica, que implicó modificaciones en su Misión, Visión, Valores, Líneas Estratégicas, Ejes Temáticos, Estructura y Funciones, con el objetivo de redefinir su rumbo y las acciones que deberían realizarse en consecuencia, entre ellas: Noción de Bioética, desde la perspectiva de la CNB; definición de estrategias y objetivos operativos; proyectos prioritarios; cambio de imagen institucional y sede permanente.

8) Infraestructura nacional en bioética

La Comisión, se convirtió en el actor principal en la estrategia de institucionalización de la bioética en el país, liderando la infraestructura nacional en bioética, conformada por la propia Comisión, la integración de 31 Comisiones Estatales, así como el establecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y los Comités de Ética en Investigación (CEI).

9) Decreto de obligatoriedad de los Comités de Ética en Investigación y los Comités Hospitalarios de Bioética

Otro hecho de carácter legal y grandes implicaciones para las labores de la Comisión, fue la reforma publicada en diciembre del 2011, que adiciona el artículo 41 Bis y reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud que otorga a la Comisión la facultad de señalar los criterios, bajo los cuales deben actuar tanto los Comités Hospitalarios de Bioética, como los de Ética en Investigación, representando un gran reto, pero también fortaleciéndola, en el sentido de abrir el camino para producir un verdadero impacto, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos, en la atención médica y la investigación en salud.

10) Creación y evolución del Consejo Consultivo

La Comisión, cuenta con un Consejo Consultivo, conformado por un Presidente y 6 miembros consejeros de personalidades excepcionales, constituido con equilibrio de profesiones, género, ideología y perspectiva bioética, para colaborar a través del análisis y el diálogo, en la identificación de temas prioritarios en la materia, para emitir acuerdos y recomendaciones que permitan brindar un claro posicionamiento para el actuar médico y científico.

11) Del ámbito de sus atribuciones y actividades

A lo largo de tres décadas, la Comisión, en su carácter de instancia rectora de las actividades que realiza México en el ámbito bioético, convoca e impulsa el diálogo con otras instituciones nacionales e internacionales y organizaciones de la sociedad civil, colegios, academias científicas, instituciones educativas y de investigación, para analizar y debatir dilemas bioéticos, a partir de los cuales emite opiniones técnicas y pronunciamientos a los poderes ejecutivo, legislativo y judicial en materia de políticas públicas. Diseña y aplica programas de formación y capacitación en bioética, a través del desarrollo e implementación de cursos innovadores sobre bioética y ética de la investigación, dirigidos a miembros de comités y profesionales de la salud, impulsa vínculos institucionales a través de convenios de colaboración con academias, asociaciones e Instituciones de Enseñanza Superior públicas y privadas dentro y fuera del territorio nacional.

12) Vinculación con instancias internacionales

La comisión goza de prestigio y reconocimiento internacional, lo que le permite vincularse con cuerpos consultivos de otras naciones, especialmente del continente; ha colaborado activamente con las principales organizaciones e instituciones de bioética de carácter internacional, entre otras: la División de Ética y Salud de la OMS; *Global*

Summit of National Ethics/Bioethics Committees, OMS; Committee on Bioethics (DH-BIO), Council of Europe; Comités Internacionales de Bioética de UNESCO y su División de Ética; European Commissions International Dialogue on Bioethics (BEPA); y The International Association of Bioethics (IAB).



13) Tercera etapa Modernización del decreto de creación

Otro hecho histórico para la Comisión Nacional de Bioética, se suscitó el 16 de febrero de 2017, al modernizarse su Decreto de Creación, justo en el año de su Vigésimo quinto aniversario, publicado en el Diario Oficial de la Federación, en el que se reforman diversas disposiciones de aquel publicado en el año 2005, otorgándole mayores atribuciones acorde con las reformas a la Ley General de Salud (2011) y sus Reglamentos en Materia de Atención Médica e Investigación para la Salud (2014).

Con este hecho, la CONBIOÉTICA experimenta la Tercera transformación de su historia, para convertirse en una institución moderna y vanguardista, acorde a los cambios y retos, como una necesidad imperante de nuestra sociedad contemporánea, para asegurar el respeto a la integridad y los derechos humanos de las personas, no sólo en el ámbito de la investigación científica, sino también en la protección de la salud y la preservación del medio ambiente.

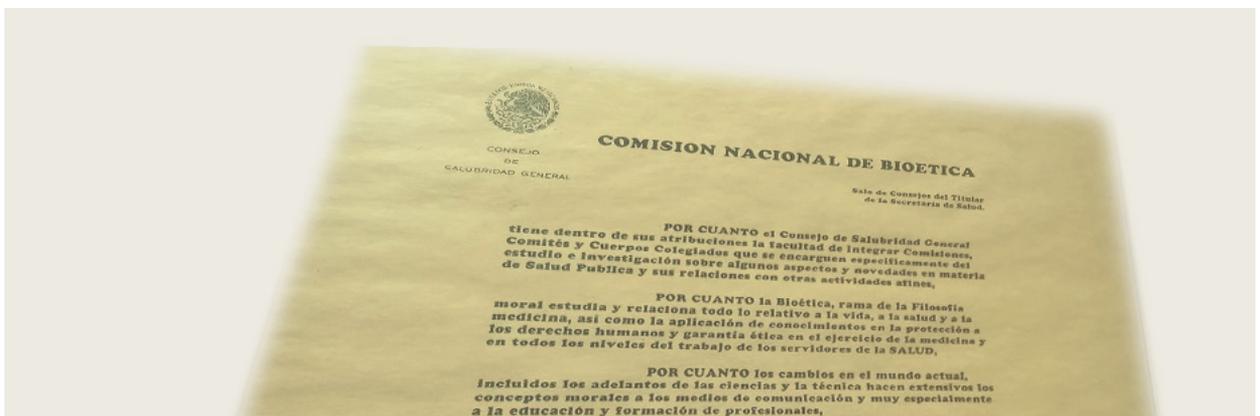
Colofón

A treinta años de que aquel grupo de expertos, comandados por el maestro Manuel Velasco Suárez, se reunieran en 1992, para instalar la Comisión Nacional de Bioética, hasta nuestros días, han pasado un sinfín de cambios, de evolución, de modernización, de esfuerzos y arduo trabajo de todos y cada uno de los que en ella laboran y también de los que transitaron y dejaron alguna huella.

Hoy, la Comisión Nacional de Bioética, es una Institución fuerte, sólida, moderna y vigorosa, que busca responder al rápido avance del conocimiento científico y tecnológico, lo que sin duda la ha llevado a ser, la institución rectora de la bioética en México.

Bibliografía

- Guillermo Soberón, Dafna Feinholz. (2007). *Comisión Nacional de Bioética, Su entender, su quehacer*. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/revistadebate/cnbsuentender.pdf>
- Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. (2018) Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460756/7_Guia_CEI_2018_6a.pdf
- Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. (2015) Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- Lineamientos operacionales de las Comisiones Estatales de Bioética. (2015). Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/438886/1_Lineamientos_Operacionales_CEB2016.pdf
- Ruiz de Chávez M. Salinas E. (2017). Avances y Retos de las Comisiones Estatales de Bioética en México. *Bioética y Derecho, Perspectivas Bioéticas*, 39, 87 -102. España. <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/17716/20423>
- Ruiz de Chávez M. (Nov-Dic 2014). 12. Veinte años de bioética en México: desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética. *Cirugía y Cirujanos*, 82, 699-708. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc146o.pdf>
- Ruiz de Chávez M. (2017) The Past, Present, and Future of Mexico's National Bioethics Commission. *Hastings Center Special Report*. 47, 3, S31-S34. Washington, USA. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28543651/>



Los Comités Hospitalarios de Bioética como catalizadores de una atención médica humanizada

Areli Cerón Sánchez

La basta existencia y estructura de los diversos organismos involucrados en el campo de la salud en México, en ocasiones hacen ver el proceso de atención médica fragmentado, complejo y hasta burocrático, sumado a la falta de credibilidad en las instituciones de salud que ofrecen estos servicios.

Es de reconocerse que la relación médico-paciente se ha deteriorado con el paso del tiempo debido, entre otros factores, a las multitareas del personal de salud y administrativo, el exceso de compromisos institucionales, la acostumbrada *reportitis*, la falta de capacitación especializada, lo abrumadora que puede ser la tecnología y la inmensa disponibilidad de información. Esto soslaya el tiempo, pero, sobre todo, la atención personalizada que debe darse a cada paciente que acude a un establecimiento de atención médica.

Cada paciente es único, merece un trato humanizado y el acercamiento del personal de salud para conocerlo y comprender sus requerimientos. En resumen, los pacientes **quieren y necesitan sentirse atendidos y tratados afablemente**.

En este sentido, la bioética tiene un papel fundamental, si se considera que es una rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y **hace planteamientos normativos y de políticas públicas**, para regular y resolver conflictos que se dan en la vida social, especialmente en los campos de la ciencia que se ocupan del estudio de los seres vivos, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.¹

Cuando se piensa en términos del bien público, no existen límites entre una política de salud y su componente bioético, y es en esta intersección que surgen los dilemas éticos y donde adquiere especial valor la asistencia que puedan proporcionar los expertos en bioética a los responsables de la elaboración de políticas,² en este contexto, **el bien públi-**

co persigue mejorar la atención médica a los pacientes que requieren el servicio en los establecimientos de atención médica. Un problema social debe reconocerse como problema de política pública, es decir, como un problema sobre el que el Estado debe intervenir. En consecuencia, el problema debe colocarse en la agenda estatal para la acción.³

Por lo anterior, toma relevancia que para el periodo 2020-2024 en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) -instrumento mediante el cual el Gobierno de México formula estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024-,⁴ se identificó como un problema la **falta de humanización de la atención médica**. Además, en el mismo Programa se visualiza con mayor auge a la **bioética**, citándola en al menos cuatro estrategias prioritarias, y específicamente en la acción puntual 2.3.3 que a la letra dice “Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones Estatales de Bioética”. Entonces, se pone de manifiesto que en México la bioética se hace presente en la generación de políticas públicas, para impulsar una atención médica humanizada, por supuesto, con el soporte de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB).

“Humanizar” de acuerdo al Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (RAE)⁵ significa “Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. “Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Y su participio es “humanizado”.

Sin duda, la atención médica humanizada implica, ese involucramiento afable del personal de salud con los pacientes, pero, además interactuar y comunicarse en un lenguaje accesible y comprensible para ellos. Por ende, al dar lugar al fomento del principio bioético de autonomía, un paciente bien informado tendrá

³ Ídem

⁴ PROSESA 2020-2024

⁵ RAE: Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española (RAE)

¹ Decreto de Modificación CONBIOÉTICA

² Guía UNESCO n.º 4

la posibilidad de tomar mejores decisiones respecto a su cuidado médico. Aquí se vislumbra una participación elemental de los CHB, en el sentido de **ejercer su función educativa**, que incluya un conjunto de actividades que ayuden a los miembros de la comunidad institucional a incorporar información, conocimiento y conductas concordantes con los aspectos bioéticos,⁶ internacionalmente reconocidos, en el proceso de atención médica. Asimismo, el CHB fomentará el conocimiento bioético entre los pacientes y familiares para sensibilizarlos en el debate de los problemas en este campo.

La bioética equilibra la tensión entre la liberación personal y la afirmación de la autonomía, y la necesidad de expandir la igualdad para que alcance a los grupos tradicionalmente discriminados. Además, el enfoque social de la bioética se representa con los principios fundamentales de igualdad, justicia, equidad, no discriminación, solidaridad, cooperación, responsabilidad social y salud⁷.

“Humanizar no es ser complaciente ni condescendiente, humanizar es reconocer que el otro es un agente ético con la misma jerarquía y que el menos afectado, en este caso quien forma parte del equipo de salud, tiene una responsabilidad profesional y moral sobre el más vulnerable. Responsabilidad que no implica arrasar sus derechos, sino todo lo contrario, contribuir a fortalecer su claridad de decisión (con información adecuada, veraz y comprensible) y su autenticidad, en la medida de lo posible”.⁸

Aunado a lo anterior, el Estado mexicano ha creado organismos que, si bien tienen funciones distintas, éstas se entrelazan y tienen puntos de encuentro que persiguen fomentar la humanización de la atención médica:

- La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que, desde 1996, tiene el

objetivo de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.⁹

- La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) que, en 1999, con la reforma al artículo 102, apartado B constitucional, se señala que es un organismo con el objetivo esencial de la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los Derechos Humanos previstos por el orden jurídico mexicano.¹⁰

De esta manera, según lo reportado por la CONAMED, los motivos más frecuentes de quejas, desde hace 25 años, son el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y tratamiento médico. La queja se presenta cuando las expectativas del paciente no fueron cumplidas con respecto a lo que esperaba recibir de los servicios de salud.¹¹

Por su parte, la CNDH reporta que en 2019, entre las quejas asociadas a los establecimientos de atención médica, estuvieron las de omitir proporcionar atención médica y omitir suministrar medicamentos.¹² Asimismo, durante 2021, hubo un aumento de quejas sobre problemáticas derivadas de la pandemia por COVID-19, como la mala atención médica en instituciones gubernamentales e instancias particulares y, dentro de los cinco principales hechos presuntamente violatorios de derechos humanos, señalados por quienes presentaron una queja, incluyeron el de prestar indebidamente el servicio público y omitir proporcionar atención médica.¹³

No se pretende que los Comités Hospitalarios de Bioética sean la resolución milagrosa a la complejidad o a los motivos que detonan las quejas relacionadas con los servicios de atención médica o a la falta de humanidad en ésta,

⁹ Decreto de creación CONAMED

¹⁰ Decreto de creación CNDH

¹¹ Revista CONAMED

¹² Informe CNDH disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/informes/Actividades/2019_dic_PG.pdf

¹³ Informe Anual 2021 CNDH: http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2021/IA_2021.pdf

⁶ Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CHB, 5ta edición.

⁷ Guía UNESCO n.º 5

⁸ Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal.

sin embargo, estos comités podrán asesorar a los profesionales de la salud ante desafíos bioéticos asociados al inicio y final de la vida, al avance de la tecnología y su aplicación en la medicina o sobre aquellos aspectos no normados.

Ahora toca el turno de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), que inició sus actividades desde 1992. Primero situemos ¿qué es? Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que persigue promover la **creación de una cultura bioética** en el Estado Mexicano, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.

¿Qué hace la CONBIOÉTICA en relación con la atención médica?

- Fomentar la protección y respeto de los derechos humanos en la prestación de servicios de salud.
- Promover principios éticos, así como fomentar la no discriminación y la equidad de género en el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar la enseñanza de la bioética, particularmente en lo referente a la prestación de los servicios de salud.¹⁴

Asimismo, le corresponde registrar¹⁵ y apoyar la capacitación de los integrantes de los Comités Hospitalarios de Bioética. Los citados comités son “espacios de reflexión, análisis, orientación y educación acerca de los dilemas que surgen en la atención médica. Se conforman como órganos interdisciplinarios y plurales que, en ningún caso, pueden sustituir la responsabilidad de los médicos hacia los pacientes ni imponerse a sus decisiones, sino que su carácter es únicamente consultivo”.¹⁶

¹⁴ Decreto de modificación CONBIOÉTICA

¹⁵ Artículo 88 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

¹⁶ Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CHB, versión 2015, disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registros>

El impacto de las funciones de los CHB, desde una perspectiva personal, sigue siendo inexplorado y a veces son percibidos erróneamente como *punitivos* o *burocráticos*. Cabe señalar que la función de los CHB no será emitir sentencias obligatorias, sino auxiliar a las partes involucradas en un conflicto. [1] De conformidad con la *Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CHB*, es deber de estos comités asesorar al personal de salud y usuarios en relación con los problemas y dilemas bioéticos que surgen en la prestación de servicios de atención médica y docencia en salud, desde una perspectiva laica y científica. Además, sus integrantes deberán fomentar el respeto a los Derechos Humanos, el reconocimiento de la dignidad de los individuos, la educación del personal de salud y auspiciar el respeto a la autonomía de los pacientes, mediante el consentimiento informado, entre otras acciones orientadas a mejorar la calidad de la atención en salud. Asimismo, sus integrantes deben contar con competencias profesionales, ser objetivos e imparciales.

Para dejar constancia del impacto que tienen los Comités Hospitalarios de Bioética en la atención médica y de las funciones tangibles que desarrollan a nivel nacional, enlistaré algunos temas en los que intervinieron en 2021, mediante la emisión de recomendaciones, desde el punto de vista bioético:

- Atención médica oportuna.
- Contenido o problemas en la aplicación del consentimiento informado en la atención médica.
- Dilemas bioéticos en pacientes con COVID-19.
- Dilemas relacionados a transfusiones en pacientes testigos de Jehová.
- Pacientes no competentes para tomar decisiones.
- Salud mental.
- Supresión del soporte vital avanzado.
- Interrupción terapéutica del embarazo.
- Rechazo del tratamiento por el paciente.

[trocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf](#)

- Limitación del esfuerzo terapéutico.
- Muerte digna.
- Orientación sobre tratamientos muy costosos y/o de dudosa eficacia.
- Cuidados paliativos.
- Uso compasivo de medicamentos.

Con respecto a los casos anteriores, los CHB fueron consultados principalmente por directivos de los establecimientos, familiares, pacientes, profesionales de la salud, comité de calidad de la atención médica y comité de trasplantes. La mayoría de las consultas fueron remitidas de hospitales de segundo nivel de atención.¹⁷

Más allá de los aspectos normativos y administrativos a los que se apegan los CHB, es de vital relevancia su papel como impulsores para lograr una atención médica humanizada, propagando los principios bioéticos a nivel local, a través del desarrollo de sus funciones consultiva, orientadora y educativa. Para ¹⁷ Base de datos de los Informes Anuales de Actividades reportados por los CHB en el ejercicio 2021, elaboración propia CONBIOÉTICA.

lo anterior, es indispensable que cuenten con el apoyo y recursos suficientes por parte de los hospitales en los que operan, entonces, también es requerido el compromiso de la alta dirección para lograr lo anterior.

No obstante, la actuación de los CHB aún no logra su consolidación y conocimiento en México, por ello, es indispensable difundir su existencia en los ámbitos local, institucional, regional, nacional e internacional; de tal manera que incrementen las consultas relativas a dilemas bioéticos en la atención médica y tengan la oportunidad de ejercer su función consultiva, orientadora y educativa en *pro* de la atención médica humanizada.

Finalmente, es imperativa la coordinación interinstitucional para proveer herramientas de apoyo a la deliberación bioética que hacen los CHB, así como la capacitación continua y entrenamiento práctico, como requerimientos apremiantes para lograr su óptima operación.

Bibliografía

- 1 Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del diverso por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética (2005). DOF de fecha 16 de febrero del 2017. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5472034&fecha=16/02/2017
- 2 UNESCO (2020). Guía n.º 4. *Comités de bioética y políticas públicas*. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374937>
- 3 Programa Sectorial de Salud (PROSESA) (2020). Publicado en el Diario Oficial de la Federación, disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
- 4 Comisión Nacional de Bioética (2015). *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Quinta edición. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- 5 UNESCO (2020). Guía n.º 5. *Comités de bioética y participación pública*. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374938?1=null&queryId=9f566a50-4f92-45be-ae5b-4703134da835>
- 6 Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. Laura Rueda Castro y col. Rev. Iberoam. Bioet. Author manuscript; available in PMC 2019 December 27: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6934261/pdf/nihms-1020476.pdf>
- 7 Decreto de creación por el que se crea 01a Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación (03/06/1996). http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4887120&fecha=03/06/1996.
- 8 Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación (1990). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4659530&fecha=06/06/1990
- 9 Revista CONAMED (2021), volumen 26, número 4, octubre-diciembre. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/conamed/2021/con214.pdf>
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

Comisiones Estatales de Bioética Trayecto y desafíos en el arraigo de la bioética en México

Gabriela Pineda Hernández y Karla Alejandra Tovar López

En la actualidad la bioética se ha posicionado como una disciplina que permite el entendimiento y la articulación entre múltiples agentes para lograr la comprensión mutua y derivar acuerdos y acciones, a partir de necesidades e intereses diversos. Y es que, si bien la bioética se asocia comúnmente al estudio de los seres humanos y su relación en la investigación clínica y el ámbito hospitalario, es una transdisciplina presente en diferentes áreas con las que ha demostrado tener lazos profundos; campos como la economía, política, arquitectura, antropología, historia o administración, pueden parecer ajenos pero están interrelacionados e influyen de manera importante en la producción de conocimiento bioético considerando la complejidad del estudio de la salud y la búsqueda de la calidad de vida, no sólo para el ser humano, sino para todos los seres vivos que cohabitan en los ecosistemas.

El uso adecuado del avance tecnocientífico y la concientización sobre las consecuencias benéficas y adversas en la salud y vida (García-Rodríguez et al., 2009) sin duda ha sido una de las principales temáticas de análisis de la bioética; no obstante, el interés social por esta disciplina ha llevado a que su marco de referencia e interconexión se expanda para pronunciarse desde su particular reflexión a problemáticas globales como la desigualdad, la seguridad alimentaria y nutricional, la violencia, la pobreza, la inequidad en el acceso a la salud, pues todas las sociedades sufren problemas de acción colectiva, como la seguridad o la escasez de recursos (INEGI, 2017) que son factores elementales en la construcción de la salud. Asimismo, asume los daños ambientales que han sido producidos directa o indirectamente por la actividad humana.

El desarrollo de la bioética en la región latinoamericana ha sumado importantes contribuciones a la discusión producida en los países anglosajones y europeos, no sólo en cuanto a las problemáticas, teorías y métodos de análisis, sino también en la forma de arraigarse en las estructuras e instituciones.

México, ha mostrado un esfuerzo sostenido desde 1970 encabezado por personajes destacados en el ámbito de la salud quienes lograron la creación de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), en el año 1992 y su posterior decreto como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en el año 2005, reconociéndola como la institución responsable del impulso, desarrollo y consolidación de una cultura bioética en México.

La CONBIOÉTICA, a treinta años de una trayectoria constante para la consolidación de la materia en los ámbitos sanitarios, científicos, educativos, y por supuesto, el reconocimiento de su relevancia en la vida social, posicionó a la infraestructura nacional en bioética como principal estrategia para la diseminación de la materia a través de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), los Comités de Ética en Investigación (CEI) y las Comisiones Estatales de Bioética (CEB), estrategia que ha avanzado mostrando resultados indudables, pero también retos.

Siendo México un país de gran diversidad sociocultural, las expresiones del conocimiento bioético debían dar cuenta de ello. Por tanto, desde sus inicios fue concebida como pieza clave la presencia de Comisiones Estatales de Bioética en cada una de las 32 entidades federativas para contribuir al desarrollo y aplicación de la materia en la atención a la salud y la investigación científica, así como para la profesionalización y enseñanza de la bioética en el campo de las ciencias médicas, humanísticas y otras áreas afines. Dichas CEB fueron concebidas como cuerpos colegiados, laicos, multidisciplinarios e interinstitucionales que conjuntan el ámbito federal, estatal y local para el análisis y atención a los diferentes asuntos derivados del binomio salud y bioética. A inicios del año 2022, existen 31 Comisiones Estatales de Bioética.

Conforme a su decreto de creación, la CONBIOÉTICA promueve la creación de las CEB y

brinda asesoría respecto a su organización y funcionamiento cuando se le requiere, esto ha sido operacionalizado en diversas acciones de las cuales se destacarán las de orientación y capacitación continua: como punto de confluencia se generan espacios para conocer el avance e intercambio de acciones exitosas y áreas de oportunidad a través de reuniones virtuales con las CEB; no obstante, en 2019 se integraron los Consejos Regionales de Bioética como un espacio para el diálogo estatal buscando, entre otros objetivos, conocer las principales problemáticas y posibles dilemas bioéticos que presentan en el ámbito de la atención médica, la investigación a la salud y la atención al cuidado del medio ambiente en las diferentes regiones del país. De igual manera, se buscó fortalecer la educación y profesionalización en bioética de quienes integran las CEB generando un seminario de actualización en bioética en 2021 que integró los intereses temáticos de los diferentes estados y que fomentó la discusión y socialización del conocimiento, esto para responder a la solicitud de oferta de capacitación especializada y gratuita.

Si bien la CONBIOÉTICA ha realizado un gran impulso para la integración de las CEB, es relevante explicar que, debido a la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, no tiene atribuciones sobre los estados pues cada uno tiene la facultad de establecer la estructura orgánica y esquema de trabajo de las CEB ya que dependen de los gobiernos estatales a través de sus respectivas Secretarías de Salud. Esto ofrece una diversidad de modelos que ha mostrado ventajas, pues la operación en bioética parte de los asuntos relevantes en cada entidad federativa lo que abre la posibilidad a un trabajo menos rígido o centralizado en la ejecución de actividades de capacitación, enseñanza, apoyo al registro de CHB y CEI, y asesoría en diversos temas como aborto, adicciones, donación de órganos, suicidio, violencia obstétrica, técnicas de reproducción humana asistida, salud mental, cuidados paliativos, voluntad anticipada, entre otros.

En cuanto a desafíos, se ha mostrado la vulnerabilidad de la operación de las CEB debido a la rotación de integrantes, escaso o nulo recurso financiero exclusivo para actividades en bioética, débil apoyo institucional en los estados, ausencia de un esquema de operación básico en cuanto a personal y recursos, aminorando el impacto de sus actividades. Lo anterior continúa evidenciando que una de las principales necesidades para verdaderamente consolidar la infraestructura nacional en bioética –específicamente fortalecer la producción de conocimiento bioético en los estados y el trabajo de las CEB– es brindar los recursos necesarios para incorporar a la bioética como parte central de la atención, investigación y política en salud en México. Son imprescindibles los mecanismos políticos y administrativos para el funcionamiento de las CEB, un intercambio entre los diferentes órdenes de gobierno, sectores e instituciones análogas, pues en el escenario de las comisiones nacionales de bioética a nivel mundial, nuestro país puede ser un referente de que es posible una vinculación fructífera y socialmente comprometida entre la administración y la bioética.

El indudable avance en la creación de las CEB es sinónimo de un quehacer institucional constante, pero también del compromiso del gobierno federal y estatal. Al respecto, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 incorpora de manera transversal a la bioética y su representación estatal, esto puede observarse en el objetivo prioritario dos¹, estrategia prioritaria 2.3. acción 2.3.3. donde se insta a mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los CHB, los CEI y las Comisiones Estatales de Bioética (Secretaría de Salud, 2020). Por tanto, es momento de vigorizar las alianzas para garantizar la operación de las CEB y posicionar a la bioética como elemen-

1. Objetivo prioritario 2. Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. Estrategia prioritaria 2.3. Fortalecer un modelo de atención integral y asistencia social para optimizar la eficiencia y efectividad en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.

to esencial en el ejercicio de los derechos humanos, el reconocimiento a la integridad de las personas usuarias en la atención médica, la generación de una mayor conciencia de la ética en el quehacer de los servidores públicos y su impacto en los servicios de salud, así como las acciones para respetar, cuidar y proteger el medio ambiente y asegurar su conservación.

Las tradiciones e instituciones encaminadas a la protección de la salud se transforman continuamente conforme se adquiere un entendimiento más completo de la complejidad en la cual se inscriben. Estos sistemas no siempre son conscientes de cómo se corresponden y vislumbran objetivos aparentemente opuestos. En estos casos de tensión o conflicto, la bioética reafirma su rol orientador y resolutivo que funge como base para el diálogo intersectorial entre sociedad civil, sector privado, la academia y el Estado, un caso concreto fue el surgimiento de la pandemia por SARS CoV-2 en 2020.

En un contexto de emergencia e incertidumbre, la bioética expresó sus aportes y fue imprescindible para apoyar las acciones del gobierno mexicano generándose respuestas como la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica elaborada por el Consejo de Salubridad General en México con apoyo de destacados bioeticistas y que suscitó la atención pública, a su vez, la CONBIOÉTICA emitió las Recomendaciones Bioéticas ante la Covid-19. En el ámbito estatal las CEB organizaron foros virtuales con expertos, capacitaciones a personal de salud, programas educativos y documentos orientadores sobre los aspectos bioéticos implicados en el manejo de la pandemia en los años 2020 y 2021, mostrando la importancia de su quehacer en situaciones críticas. En este trabajo, las plataformas digitales permitieron continuar e incluso amplificar el impacto del trabajo bioético, pues gracias a esto se captó el interés de personas de distintos sectores.

El reto de la bioética no sólo está en su difusión, sino en su interiorización por personas concretas. El personal médico, la comunidad científica y la ciudadanía en general, pudieron allegarse de algunos aspectos bioéticos para reflexionar sobre las medidas de contención para prevenir los contagios, la atención médica en los casos de urgencias, la crisis forense en nuestro país, el avance científico y tecnológico implicado en la creación de vacunas y la equidad y justicia en el proceso de vacunación a nivel mundial, y como aspecto único, la suscitada conciencia global sobre el equilibrio ambiental y nuestra relación con otros seres vivos; así pues, la bioética no únicamente acontece en el campo médico, sino representa una transformación revolucionaria en el saber ético del ser humano (González, 2012).

Las Comisiones Estatales de Bioética dan cuenta de sus avances a las instituciones estatales de las cuales dependen y con las que colaboran, en particular aquellas del ámbito de la salud. Sin embargo, debe señalarse que a nivel nacional se apuesta por una evaluación particular que considera las problemáticas internas en su operación, por lo que se busca trazar una ruta de apoyo particular a cada estado que depende de sus intereses. Al respecto, debe destacarse que las instituciones de educación superior han sido agentes fundamentales para el avance de la bioética en las entidades federativas pues coinciden que el recurso más importante es la educación en bioética, la formación de estudiantes en la materia en las disciplinas científicas y humanísticas, y sobre todo desde niveles básicos, pues la bioética no debe ser entendida como un conocimiento especializado.

La cooperación es uno de los valores fundamentales del trabajo y subsistencia en bioética a nivel nacional y estatal. Por ello, deberán afianzarse las relaciones interdisciplinarias e interinstitucionales a fin de comprender el efecto de los elementos sociales, culturales, políticos, económicos y geográficos en las problemáticas nacionales, donde las proyec-

ciones facilitadas por la bioética permiten la adaptación y la adquisición de nuevas perspectivas desde el trabajo colaborativo hacia metas comunes, como las estipuladas en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (United Nations, 2015). Una bioética crítica es un insumo valioso para la planeación de proyectos de investigación, programas nacionales, intervenciones comunitarias y asesoría a los diferentes organismos e instituciones involucradas en la atención sanitaria y en la formulación de políticas públicas en México.

Como elemento presente en las interacciones de las sociedades humanas, la bioética tiene distintos niveles de acción y aplicación. Teniendo como referencia los marcos de la bioética global, son necesarias las adecuaciones y adaptaciones contextuales para su aplicación a nivel local. Por esta razón, organismos conductores de la bioética en regiones geográficas delimitadas son necesarias para la implementación, difusión, educación y socialización de esta disciplina, en México esta tarea tan crucial corresponde a las Comisiones Estatales de Bioética. La importan-

cia de la bioética a nivel local resulta evidente cuando los elementos que antes han sido entendidos sólo como piezas, desdibujan los límites arbitrarios entre áreas del conocimiento consolidando el puente del que hablaba Van Rensselaer Potter (Stepke, 2016) al definir la ciencia de la supervivencia.

A treinta años del objetivo asumido por la CONBIOÉTICA para crear una comisión de bioética en cada entidad federativa, actualmente las CEB acometen el rol de transferir el bagaje teórico a acciones tangibles para la operacionalización e integración de la bioética en las entidades federativas y promover la adopción e internalización de la misma en la sociedad. Se ha referido incluso esta acción de involucramiento como un imperativo bioético (Fernández Molina, s.f.) que debe ser asumido para alcanzar el entendimiento de que nuestros actos están entretnejidos y se relacionan íntimamente con múltiples áreas de nivel micro y meso. Observar de manera multidisciplinar, intersectorial y amplia puede clarificar el panorama de los retos a los que nos enfrentamos día a día.

Referencias

- Fernández Molina, V. (s.f.). *La Bioética Global como nuevo paradigma*. Recuperado de: <https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/Bioetica-Global-como-nuevo-paradigma>
- García-Rodríguez, J. F., Jesús, C., Díaz, D., y Rodríguez-León, G. A. (2009). *Bioética global. Una alternativa a la crisis de la humanidad*, 15(2).
- González, I. (2012). Van Rensselaer Potter y Edgar Morin: *Cambios en el pensamiento ético contemporáneo*, Revista Latinoamericana de Bioética, 12(1), pp. 46-61.
- INEGI. (2017). *Gobernanza: una revisión conceptual y metodológica. Números, Documentos de Análisis y Estadísticas*, 01(08), enero-marzo. Colección INEGI. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5247/17.pdf>
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
- Stepke, F. L. (2016). *Bioética global y el problema del medio ambiente*. Estudios Internacionales, 185.
- United Nations. (2015). *La Agenda para el Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

La bioética como marco interdisciplinario para las políticas públicas en salud en México

Gustavo Fernando Olaiz Barragán

Desde sus orígenes la bioética ha fungido como una herramienta para nutrir las políticas públicas en salud, con el objeto de asegurar que la atención sanitaria y la investigación científica se lleven a cabo en un marco de responsabilidad social. Se ha constituido como una disciplina revolucionaria al llevar al terreno de la política pública la deliberación filosófica en un marco de reflexión crítica, con enfoque interdisciplinario y en armonía con la visión de los derechos humanos. En el ámbito de las políticas públicas, no sólo permite el concilio entre los aspectos técnicos del quehacer en salud y la protección de la integridad y autonomía de las personas, sino que ofrece pautas para el escrutinio de los desacuerdos morales y políticos en torno a los problemas públicos en salud.

En el caso de nuestro país, la bioética se ha posicionado como un apoyo fundamental para orientar a las instituciones de salud y al personal en relación con los desafíos éticos y morales que implica la prestación de servicios de salud y la investigación con seres humanos, en línea con los más altos estándares de calidad y seguridad terapéutica, en un marco de equidad y justicia distributiva.

Ante los problemas públicos de salud en nuestro país, la bioética se ha establecido como un espacio para la participación integral de los sectores afines de gobierno y la sociedad civil organizada, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, con el objeto de asegurar que se dé respuesta a las demandas y necesidades de salud de la población, especialmente los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Para comprender el aporte de la bioética en las políticas públicas en salud, no obstante, es necesario comenzar con una breve reflexión sobre el panorama de los desafíos que afectan al sector salud hoy en día.

Panorama actual de los desafíos del Sistema Nacional de Salud

Los desafíos del Sistema Nacional de Salud –SNS– conforman una trama compleja, en la

que deben considerarse, en principio, la estructura, organización y funcionamiento de sus distintos componentes. En este sentido, es importante referir que la operación de los servicios de salud se ha enfocado históricamente en la atención de la enfermedad, y no tanto en la prevención y promoción de la salud. Entre los criterios que debe considerar nuestro país para la formulación de políticas públicas en salud, no obstante, destaca la propia definición de salud de la OMS, cuyo enfoque incluye a los determinantes sociales y económicos de la enfermedad. Es por lo anterior que se requiere un refuerzo de la atención primaria ante los cambios demográficos y nuevos problemas de salud, así como la acción coordinada y sostenida por parte de las agencias de gobierno en los tres órdenes de gobierno con un enfoque intersectorial.

Por más de 20 años se ha impulsado la universalización del derecho a la protección de la salud en México y los resultados han sido incipientes. El porcentaje de la población con carencia por acceso a servicios de salud comprende actualmente el 28.2%, es decir, 35.7 millones de personas, además de que son los estados que tienen mayores niveles de pobreza aquellos que registran los niveles más bajos en acceso a servicios de salud (Coneval, 2021). En relación con la demanda de los servicios, destaca la privatización de la salud en nuestro país, pues 56% de la población se atendió en servicios privados; asimismo, es notable que ahora los consultorios adyacentes a farmacias cubren un porcentaje muy amplio de la población 19.2% (Shamah-Levy, 2021).

La desarticulación persistente de los subsistemas representa un obstáculo considerable para ofrecer a nivel federal un acceso equitativo a servicios de salud con base en estándares de calidad avalados internacionalmente, tal como evidencia la atención de las quejas que recibe la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que en 2021 identificó al IMSS e ISSSTE entre las autoridades señaladas con mayor frecuencia por violaciones a derechos humanos (CNDH, 2021);

asimismo, el número de quejas registradas por CONAMED el año pasado fue 804 (CONAMED); además de que no se fomenta en general la mejora de la productividad o la eficiencia en los servicios de salud (CONEVAL, 2019).

No se considera el impacto de la enfermedad mental en el diseño de programas y políticas; sin embargo, la depresión y los trastornos de ansiedad en nuestro país constituyen preocupaciones muy serias desde una perspectiva de salud pública, y se encuentran entre las principales causas de discapacidad a nivel nacional (Vos, T. *et al.*, 2020).

No deben perderse de vista otras deficiencias estructurales, como lagunas legislativas en materia de salud y derechos humanos a nivel de las entidades federativas, así como contextos de vulnerabilidad que afectan desproporcionalmente a poblaciones en posición de desventaja, producto de dinámicas y prácticas discriminatorias normalizadas en nuestra sociedad, especialmente en relación con los factores que influyen sobre el bienestar y el cuidado de la salud.

Los mayores desafíos que afectan al sector salud, no obstante, yacen fuera de este sector, en el contexto que le rodea.¹ En este sentido, la inequidad social y económica que impera en el país implica una merma a la capacidad del estado para asegurar la operación del SNS; asimismo, la economía informal representa una pérdida significativa de recursos para el financiamiento del SNS (González Block *et al.*, 2020).

La economía de México se encuentra entre las más grandes a nivel global; sin embargo, se presentan contrastes muy marcados entre los diversos sectores de la población. En este sentido, hay que tener presente que el porcentaje de la población con ingreso menor al costo de la canasta básica es de 38.5% actualmente.²

¹ *Cfr.* La transformación de los sistemas de salud, desafíos y perspectivas. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JV8rvNcOiN8&t=5599s> (consultado el 13/02/2022).

² Pueden consultarse las cifras del CONEVAL en la

Por otra parte, es insoslayable el caso de la inseguridad en nuestro país, la cual se ha posicionado como la principal preocupación de nuestra población, ante el alza constante en el número de homicidios, así como la tasa de crímenes de la delincuencia organizada. Actualmente, 23 de 32 entidades federativas registran retrocesos en los niveles de paz, además de que se ha colocado como principal causa de muerte entre varones de 15 a 44 años (IEP, 2021).

La evolución de la esperanza de vida en nuestro país ha comenzado a presentar cambios importantes en las últimas décadas sobre la pirámide poblacional a nivel global debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad.³ Al respecto, debemos reparar en los problemas de Salud Pública derivados del aumento en la esperanza de vida, como la asignación y distribución de recursos en salud, la prestación de servicios sanitarios bajo estándares internacionales de calidad, la atención de las discapacidades o el fomento de los cuidados paliativos, entre otros. Asimismo, al desarrollar una estrategia de atención para personas adultas mayores -ya fuera en casa o en el hospital- es necesario conocer y valorar a cada persona, así como establecer un acercamiento con los familiares para asegurar una comunicación efectiva y favorecer el entorno de la relación médico-paciente en la toma de decisiones, a fin de brindar una mejor calidad de vida o, en los casos en que ya no sea posible brindar un tratamiento terapéutico, facilitar las condiciones para una buena muerte.

A partir de la pandemia han surgido nuevos desafíos que afectan al Sistema Nacional de Salud, como la modernización de la infraestructura para fortalecer funciones funda-

siguiente liga: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITLP-IS_resultados_a_nivel_nacional.aspx (consultado el 15/02/2022).

³ Pueden consultarse las cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20esperanza%20de,2019%20es%20de%2075%20a%C3%B1os.> (consultado el 15/02/2022)

mentales en salud pública y mejorar la capacidad de respuesta, o el fortalecimiento de la cadena de producción de medicamentos e insumos sanitarios para asegurar la continuidad de servicios y tratamientos vitales.

A mayor abundamiento, el cambio de rubro de la Covid-19 de pandemia a endemia no es menor, sino que implica un cambio de paradigma cultural, en el que la salud pública se posiciona como principio fundamental para la convivencia, desde el modo en que llevamos a cabo los estudios hasta el trabajo y el entretenimiento.

La bioética como marco interdisciplinario para el diseño, instrumentación y evaluación de políticas públicas

El estado como promotor del desarrollo y bienestar de la sociedad está obligado a realizar el control y seguimiento de las políticas públicas, a fin de asegurar su efectividad y eficiencia. Así, el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud exige un monitoreo continuo de su funcionamiento, con el objeto de identificar deficiencias y fomentar su mejora.

Entre los mecanismos que se han implementado para el fortalecimiento del quehacer gubernamental, es importante aclarar que la protección no jurisdiccional de derechos humanos no se agota en la atención de quejas o la emisión de recomendaciones, sino que refiere a la obligación transversal de las autoridades estatales de promover, respetar y garantizar los derechos humanos. La efectividad de este tipo de herramientas, no obstante, depende de la operación coordinada entre las ramas ejecutiva y administrativa del gobierno con apego a principios éticos, así como un monitoreo independiente del sistema de gobierno (de Dienheim, 2018).

Desde hace más de 11 años se reconoce en nuestro país al marco internacional de los derechos humanos como norma superior -con una jerarquía equivalente a la propia *Carta Magna*-; sin embargo, su introducción en el texto constitucional resulta insuficiente

por sí para asegurar el desarrollo de nuestra sociedad en condiciones de equidad y el respeto incondicional por la dignidad humana a lo largo y ancho del territorio nacional. La visión que ofrece el marco de los derechos humanos implica un cambio de paradigma cultural que impacta sobre la estructura misma de la sociedad y el ordenamiento de todo el cuerpo de gobierno, así como la colaboración con instancias internacionales, lo cual ha comprendido un proceso de transición prolongado y dificultoso para nuestro país.

Hoy en día uno de los principales desafíos consiste en el concilio entre puntos de vista divergentes, especialmente considerando la heterogeneidad cultural y moral que impera en nuestro país. En el terreno de la política pública es común enfrentar escenarios en los que entren en juego actores con intereses disímiles; asimismo, pueden presentarse contextos en los que la aplicación de las normas no sea clara, o incluso que hubiera contradicciones entre sí en algunos casos (Stone, 2012).

En este orden de ideas, la bioética conforma un espacio para la descripción y análisis sistemático de problemas públicos en salud, así como la ponderación del potencial de las políticas públicas, haciendo balance de los intereses de los actores involucrados y anticipando posibles consecuencias negativas para la población en la actualidad, como también en las generaciones del futuro. Promueve el ejercicio de deliberación con enfoque interdisciplinario para fortalecer la cooperación ante los problemas públicos en salud con un enfoque integral, procurando la conciliación entre puntos de vista heterogéneos o contrapuestos con base en mínimos éticos, dando cabida, asimismo, a la diversidad de opiniones y puntos de vista, en un marco de laicidad y respeto por los derechos humanos (González, 2002). Asimismo, en armonía con el principio de tolerancia, reconoce el valor de la diversidad de posturas y las contribuciones que genera el encuentro entre culturas (Salazar Ugarte, 2006).

Así, la bioética no sólo brinda un paradigma moral común para conjugar esfuerzos, sino que es además un facilitador de las políticas públicas. Al enmarcar una política pública o legislación dentro de una visión moral, se induce a que los diversos actores evoquen sus propias acciones en estos términos y conducirse por principios éticos, por encima de otros intereses. En este sentido, la incorporación de la bioética en las políticas públicas contribuye al menos en los siguientes tres aspectos: la generación de entendimiento común en torno a un problema público y su impacto, en un marco de laicidad; el diseño y establecimiento de mecanismos de participación social; así como la gestión de la incertidumbre (Goodin, 2017).

“Ante los problemas públicos de salud en nuestro país, la bioética se ha establecido como un espacio para la participación integral de los sectores afines de gobierno y la sociedad civil...”

El derecho estatutario comprende un cuerpo voluminoso de códigos y preceptos que resulta imposible memorizar, por ello establecer un marco ético para una política fomenta su observancia por parte de los actores involucrados, al ofrecer una motivación para respetar la ley, más allá de la punición. En este sentido, la bioética constituye un fundamento vinculatorio, si bien esta obligatoriedad no se basara en la jurisdicción, sino en preceptos morales.

La Comisión Nacional de Bioética hoy en día

Como parte del Sistema Nacional de protección no jurisdiccional de derechos humanos, la Comisión Nacional se ha valido de una estrategia integral para promover el arraigo de una cultura de la bioética en el ámbito de la atención a la salud, como también de la investigación con sujetos humanos. La CONBIOÉTICA se estableció en nuestro país con el mandato de orientar a los poderes del estado y nutrir a la opinión pública sobre los desafíos del desarrollo tecnológico, especialmente en el ámbito de las ciencias de la vida y la salud. Asimismo, participa en la deliberación internacional sobre desafíos comunes en materia de desarrollo tecnológico y salud, con el objeto de contribuir a promover buenas prácticas y prevenir riesgos.

Además de gestionar el registro y seguimiento de los comités de bioética, funge como instancia asesora en materia de salud, innovación en salud y derechos humanos. En este sentido, emite pronunciamientos sobre desafíos éticos emergentes y lagunas legislativas en salud, así como opiniones técnicas sobre proyectos e iniciativas de regulación, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, a fin de contribuir al fortalecimiento de los servicios de salud.

La Comisión Nacional de Bioética se ha distinguido a lo largo de su historia como un espacio para la participación conjunta y la generación de alianzas con la finalidad de abordar los desafíos que supone el avance de la ciencia y la evolución de nuestra sociedad. Ejerce un liderazgo participativo en salud y derechos humanos, manteniendo una estrecha vinculación con organizaciones no gubernamentales e instancias de educación superior, públicas y privadas, con el objeto de fortalecer sus programas y estrategias.

La Comisión Nacional de Bioética cuenta con un legado portentoso, en el que se han visto involucradas algunas de las figuras más eminentes del pensamiento crítico, fi-

losófico y científico en nuestro país. En el marco de su XXX aniversario, mantiene un compromiso inquebrantable con el desarrollo tecnológico y científico, en armonía

con la protección de los derechos humanos, así como la mejora de las condiciones de vida de la población, atenta siempre a los desafíos del mañana.

Referencias

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Informe anual de actividades 2020*. CONAMED. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informe-anual-de-actividades-de-la-conamed-2020>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2021). *Informe de actividades. Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021*. Ciudad de México: CNDH. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/pagina/informes-anuales-de-actividades> (consultado el 15/02/2022)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *Principales retos en el ejercicio del derecho a la salud*. Ciudad de México: CONEVAL. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf (consultado el 15/02/2022).
- De Dienheim Barriguete, C.M. (2018). "Consideraciones sobre la protección no jurisdiccional de derechos humanos y la figura del Ombudsman en México". En Ferrer Mac-Gregor, E., Magaña de la Mora, J.A. & Roa Ortiz, E. (Coord.). *Derecho procesal constitucional en perspectiva histórica*. México: UNAM/IIJ. 183-203 pp. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4736/19.pdf> (consultado el 15/02/2022).
- González Block MA, Reyes Morales H, Cahuana Hurtado L, Balandrán A, Méndez E, Allin S. (2020). *Mexico: Health system review. Health Systems in Transition*, 22(2). Disponible en: <https://ihpme.utoronto.ca/research/research-centres-initiatives/nao/news/hit/> (consultado el 15/02/2022).
- González Valenzuela, Juliana (2002). *Ética y Bioética. Isegoría*. Núm. 27: 41-53.
- Goodin RE. *Ethics as an Enabler of Public Policy*. *Political Quarterly*;88(2):273-9. Recuperado 8/12/2021 en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=123088979&lang=es&site=ehost-live>
- Instituto para la Economía y la Paz [IEP] (2021). *Índice de Paz México 2021: identificación y medición de los factores que impulsan la paz*. Sidney: IEP. Disponible en: <http://visionofhumanity.org/resources> (consultado 16/06/2021).
- Salazar Ugarte, Pedro (2006). "Laicidad y Democracia Constitucional". *Isonomía*. 2006 [consultado el 13/04/2021]; Núm. 24: 37-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/is/n24/n24a3.pdf>
- Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, et al. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/informes.php> (consultado el 15/02/2022)
- Stone, Deborah (2012). *Policy Paradox*. New York: WW Norton & Company.
- Vos, T. et al. (2020). *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *Global Health Metrics*. Vol. 396, issue 10258.

La importancia de los recursos de información para la consolidación, el avance y la aplicación de la bioética en México

José Carlos Robles Garnica

La información siempre ha sido uno de los bienes intangibles más codiciados, es por ello que el ser humano, desde sus inicios, ha presentado una curiosidad innata que lo lleva a evaluar los diversos fenómenos naturales que le rodean. Inicialmente, estos procesos se realizaban de manera empírica, dando lugar a la generación de conocimiento parcialmente sustentado en observaciones y suposiciones, lo que permitió la existencia de atribuciones místicas a los acontecimientos de la naturaleza.

Las interacciones entre los diferentes asentamientos humanos favorecieron el intercambio comercial y cultural, lo que planteó la necesidad de homologar los métodos empleados en la obtención de información, así como los medios para su distribución entre pares, con el propósito de evitar duplicidad en las investigaciones, corroborar los resultados y aplicarlo en beneficio de las personas.

El avance científico y tecnológico en materia de salud humana se ha acelerado en las últimas décadas (Bornmann et al., 2021), ocasionando que algunas cuestiones, antes consideradas únicamente como ciencia, hoy en día sean objeto de estudio de diversos protocolos de investigación que pese a brindar esperanza por acabar con algunas enfermedades o desarrollar nuevos tratamientos, no se deberá demeritar la importancia de la bioética, esto exige a todos, pero en especial a los profesionales de la salud, mantenerse en un proceso constante de actualización, enfrentándose a múltiples obstáculos para acceder a los materiales necesarios para su capacitación.

Barreras en el acceso a los recursos de información

Cabe destacar que la generación de conocimiento en las ciencias biológicas se encuentra estrechamente ligado al contexto sociopolítico, geográfico, cultural, económico y tecnológico en el periodo de tiempo en que se evalúa, haciendo que las barreras se encuentren en constante

cambio, por lo que en el presente artículo se abordarán aquellas con mayor relevancia en la actualidad.

El idioma se presenta como uno de los principales obstáculos, de acuerdo con información de Elsevier (2019) más del 52% de la producción de materiales de difusión científica se encuentran publicados en inglés, mientras que sólo un 2% se realiza en español, brecha que se acrecentó al evaluar específicamente la producción científica en ciencias de la salud donde, de acuerdo con el motor de búsqueda especializado PubMed, el 92.1% de los artículos se encuentran en inglés. Por tal motivo, en las últimas décadas publicar en este idioma se ha convertido en un estándar, con la pretensión de alcanzar un mayor impacto en la comunidad científica, pero no todas las personas poseen conocimiento de su estructura gramatical, por lo que para consultar la información es necesario esperar su traducción, que puede demorar semanas, meses, años o inclusive que nunca esté disponible, resultando en la generación de interpretaciones deficientes por la premura de emplear el conocimiento, dificultando aún más su comprensión y aplicación.

La complejidad del lenguaje es otra barrera presente al momento de compartir la información, en el sentido de que, de manera predominante, se ha optado por emplear un vocabulario especializado, limitando su comprensión a aquellas personas que tienen una educación formal en el tema, lo que ocasiona que quien no la posee no puede comprenderla y al dar lectura a los artículos se presenten interpretaciones erróneas que perjudican propiamente al protocolo de investigación, a los académicos, investigadores o instituciones. Para contrarrestar este obstáculo se deberá optar por un enfoque de comunicación de la información científica, en lugar de dividirla en difusión y divulgación, centrándose en emplear el abordaje y lenguaje especial para cada grupo objetivo y de esta manera poner la información, fruto de los procesos de investigación, al alcance de todas las personas, con el propósito de

hacer partícipe a la comunidad de los temas que competen a la salud, investigación, derechos humanos y medio ambiente, de los debates para la toma de decisiones.

Acorde con un nuevo estudio de Lund *et al.* (2021) uno de los principales obstáculos al momento de realizar estudios científicos y su posterior publicación, radica en cuestiones financieras, en específico al momento de publicar, ya que las casas editoriales cobran cuotas para que los artículos científicos se publiquen bajo la modalidad *Open access* y sean de libre acceso para quien desee consultarlos, orillando a los investigadores con presupuestos ajustados a publicar en los sistemas tradicionales, en los que para acceder a sus propios artículos presentan una ventana limitada de tiempo y posteriormente deberán pagar por los artículos o suscripciones a revistas. Algunos investigadores emplean como medida para mitigar estos casos, publicar en editoriales con menor impacto o retrasarlo para recabar más presupuesto o conjuntar su investigación con otros investigadores. Esta barrera, si bien se presenta en el proceso de publicación, impacta posteriormente al dificultar el acceso a la información, inclusive llegando a diluir la importancia del conocimiento al no encontrarse publicada en una revista de alto prestigio, lo que representa una pérdida de conocimiento que pudiese ser relevante en protocolos futuros.

El estudio realizado por Bornmann *et al.* (2021) mostró que, desde 1952 hasta la fecha, el desarrollo de la ciencia ha sido exponencial presentando una tasa de crecimiento anual del 5.08% y un tiempo de duplicación de 14.0 años; que se traduce en una elevada producción de artículos científicos, que, si bien la generación y comunicación de la información son de alta relevancia, el exceso de ella también pudiese transformarse en una barrera. Con el advenimiento de la pandemia de COVID-19, ocasionada por el virus del SARS-CoV-2, se evidenció que los tiempos de la ciencia no siempre se ajustan a los tiempos necesarios para la toma de decisio-

nes, en ese sentido, la premura por conocer acerca del agente etiológico, el desarrollo de la patología, manejo clínico de los pacientes y el desarrollo de agentes terapéuticos, han llevado a la generación de una ola de artículos científicos que evalúan estas temáticas haciendo casi imposible dar lectura o todos ellos. También se demostró la necesidad de reforzar el rigor ético en el proceso de la redacción y publicación debido al creciente número de retractaciones (Brierley *et al.*, 2022) a las cuales no siempre se le da seguimiento llegando a producir contradicciones, pérdida de la credibilidad en los procesos de investigación o lo que es aún peor, la generación de opiniones pseudocientíficas publicadas en redes socio-digitales (Segado-Boj *et al.*, 2018), dando lugar al fenómeno que la Organización Mundial de la Salud denominó *infodemia* (Fajardo, 2020).

El filósofo Mario Bunge, en 1998, comentó en una entrevista: “La información en sí misma no vale nada, hay que descifrarla. Hay que transformar las señales y los mensajes auditivos, visuales o como fueren, en ideas y procesos cerebrales, lo que supone entenderlos y evaluarlos. No basta poseer un cúmulo de información”. Esta reflexión nos evidencia que el fin último del conocimiento es su aplicación a favor de todas las personas y, gracias a ello, en la actualidad contamos con diversos recursos de información sobre bioética, disponibles en diferentes formatos y conforme esta disciplina se va posicionando entre las personas, mayor suele ser la demanda de información sustentada en fuentes confiables, dando lugar a la creación de bibliotecas especializadas, centros de documentación, bases de datos multidisciplinarias, asociaciones, e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en los ámbitos nacional e internacional, con el propósito de incrementar la comunicación y la aplicación de los principios bioéticos.

Acciones para disminuir las barreras en el acceso a la información

Ante tales situaciones, se refuerza la importancia que presentan los recursos

de información para la consolidación, el avance y la aplicación de los conocimientos científicos bajo una óptica ética. Es por ello que, desde la concepción de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) como un grupo de estudio al interior del Consejo de Salubridad General, hasta la actualidad, uno de sus ejes rectores es fomentar el arraigo de la cultura bioética en el quehacer de los investigadores, profesionales de la salud, miembros de la infraestructura nacional del sistema de salud y tomadores de decisiones, entre otros. Para cumplir este fin, sus labores se han encaminado a ser reconocida como un organismo de consulta en materia de bioética, investigación en salud y derechos humanos, con un impacto y reconocimiento nacional e internacional.

Para cumplir con este eje rector, en su estructura orgánica la CONBIOÉTICA cuenta con el Centro del Conocimiento Bioético (CECOBE), siendo éste el encargado de la producción de materiales de difusión y divulgación, en sus diversos formatos; la generación de materiales de capacitación y la impartición de cursos de capacitación y formación, entre otros. También, desde los inicios de la CONBIOÉTICA, se cuenta con una Biblioteca, un recinto bibliográfico que brinda atención a los integrantes de las Comisiones Estatales de Bioética, Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación, investigadores, profesionales de la salud y al público en general interesado en la materia.

Dentro de las acciones relativas a Servicios de Información, que se llevan a cabo para

aminorar las barreras en el acceso a la información, se destacan el monitoreo periódico de los medios de comunicación nacionales e internacionales, la atención de solicitudes de información especializada en bioética, en sus modalidades presencial o virtual; la recopilación de materiales académicos y la actualización constante de actividades y eventos sobre bioética, con el objetivo de sensibilizar a la sociedad acerca del valor de la bioética y la responsabilidad inherente de su aplicación cotidiana, mediante la generación y distribución de materiales de comunicación aptos para todas las personas, sin importar su formación.

Estas acciones son solo ejemplos de las actividades que realiza la CONBIOÉTICA para la consolidación de la bioética en México, no las realiza de manera aislada, ya que cuenta con la participación de diversos sectores nacionales y extranjeros.

Si bien la generación del conocimiento y de los recursos de la información en materia de bioética presentan un increíble dinamismo, es tarea de todos comunicarnos a través de los instrumentos y canales adecuados con el fin de mantenerse vigilantes y actualizados de los acontecimientos que se suscitan día con día, ya que la aplicación de la ciencia en la salud humana permite el surgimiento de nuevos dilemas bioéticos y por ende la necesidad de nuevos debates que encaminan a un cambio de paradigma, desencadenando la reformulación de las normativas nacionales e internacionales, velando por el respeto a la dignidad humana de las generaciones actuales y futuras.



Referencias

- Agazzi, E. (2015). *Bioethics as a paradigm of an ethics for a technological society*. *Bioethics Update*, 1(1), 3–21. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2015.05.002>
- Agazzi, E. (2019). *Bioethics and multiculturalism*. *Bioethics Update*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.01.001>
- Álvarez-Díaz, J. A. (2012). ¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 12(22), 10–27. <https://doi.org/10.18359/r/bi.989>
- Bornmann, L., Haunschild, R., y Mutz, R. (2021). *Growth rates of modern science: a latent piecewise growth curve approach to model publication numbers from established and new literature databases*. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00903-w>
- Brierley, L., Nanni, F., Polka, J. K., Dey, G., Pálffy, M., Fraser, N., & Coates, J. A. (2022). Tracking changes between preprint posting and journal publication during a pandemic. *PLOS Biology*, 20(2), e3001285. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3001285>
- Bunge, M., y Paz, M. (1998). *Contra el charlatanismo académico. histodidáctica*. http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?option=com_content&view=article&id=20:contra-el-charlatanismo-academico&catid=11&Itemid=103
- Del Valle Candell, A. A., y Fatuly Adum, S. D. (2019). Importancia del uso de las bibliotecas virtuales en el desarrollo del conocimiento y actividades investigativas. *REVISTA CIENTÍFICA ECOCIENCIA*, 6(1), 1–17. <https://doi.org/10.21855/ecociencia.61.148>
- Elsevier. (2019, 12 septiembre). «¿En qué idioma publico mi artículo?» *La (incuestionable) hegemonía del inglés*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/ciencia/en-que-idioma-publico-mi-articulo-la-incuestionable-hegemonia-del-ingles>
- Fajardo, E. (2020). *Covid-19, una pandemia acompañada de infodemia*. *Global Rheumatology*. <https://doi.org/10.46856/grp.26.e029>
- Lund, B. D., Wang, T., Shamsi, A., Abdullahi, J., Awojobi, E. A., Borgohain, D. J., Bueno De La Fuente, G., Huerta, G. P., Isfandyari-Moghaddam, A., Islam, M. A., Khasseh, A. A., Lamba, M., Mannan, E. F., Manyonga, D., Nan, B., Nie, B., Raju N., V., Pineda, E. U., Shukla, R., Yusuf, A. O. (2021). *Barriers to scholarly publishing among library and information science researchers: International perspectives*. *Information Development*. <https://doi.org/10.1177/02666669211052522>
- México. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética (México), y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (México). (2013). *La divulgación de la bioética*. Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Policy and Global Affairs; Board on Research Data and Information, y Committee on Toward an Open Science Enterprise. (2018). *Open Science by Design: Realizing a Vision for 21st Century Research*. National Academies Press.
- Peetush, A. K., y Maharaj, A. (2018). *Individual Autonomy: Self, Culture, and Bioethics*. *Bioethics Update*, 4(1), 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.10.001>
- Schöpfel, J. (2017). *Open Access to Scientific Information in Emerging Countries*. *D-Lib Magazine*, 23(3/4). <https://doi.org/10.1045/march2017-schopfel>
- Segado-Boj, F., Chaparro-Domínguez, M. N., y Díaz-Del Campo, J. (2018). Información científica en Argentina, España y México: fuentes, recursos multimedia y participación de los lectores en los diarios online. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*. 24(1), 397–412. <https://doi.org/10.5209/esmp.59957>
- Tomás-Górriz, V., y Tomás-Casterá, V. (2018). *La Bibliometría en la evaluación de la actividad científica. Hospital a Domicilio*. 2(4), 145–163. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v2i4.51>

Conversación con Florencia Luna

En esta ocasión, la Gaceta CONBIOÉTICA, tiene el agrado de conversar con la doctora Florencia Luna, quien es Directora del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Argentina, sobre el tema: *El desarrollo de la bioética latinoamericana: hacia la consolidación de una bioética que responda a las necesidades de la región*



1. Desde su experiencia, como Directora de algunos programas de bioética y la colaboración estrecha con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ¿qué puede compartir sobre el desarrollo de la bioética en la región?

FL: La experiencia durante estos años me muestra que hubo un avance enorme y una gran toma de conciencia de los diferentes problemas éticos en la región. Cuando comenzamos con nuestro programa de capacitación en ética de la investigación en el año 2000, nos encontramos con una gran mayoría de aplicaciones en donde los postulantes no podían distinguir los problemas de la ética de la investigación de los de la ética clínica. El tema era tan desconocido que la gente mezclaba los problemas. Ya desde hace unos años se ve mucha más sofisticación al respecto y un planteo minucioso, en relación a cuáles son problemas preocupantes en ética de la investigación, así como cuáles son los desafíos de la ética clínica. Paralelamente también se percibe el impacto de la industria farmacéutica y el incremento

de ensayos clínicos, en el desarrollo de los comités de ética de la investigación.

Por otra parte, el trabajo consistente de la OPS en la región -junto con los Centros Colaboradores establecidos en Latinoamérica, de los cuales el Programa de Bioética de la FLACSO fue el primero- ayudó a introducir problemas de ética en salud pública. Esto comenzó con el surgimiento del Zika, que tuvo un gran impacto en nuestra región; y con la pandemia actual este tipo de planteos se han consolidado ya que, en sus inicios, el campo de la bioética parecía restringirse a la ética de la investigación y la clínica.

2. A partir de su gestión como Directora del Programa de Bioética de la FLACSO y posteriormente como Directora del Programa de Capacitación en Ética de la Investigación en las Américas, ¿cómo considera que impactó el programa en la región?

FL: Al principio en Argentina, y en Latinoamérica en general, había muy pocas iniciativas. Yo había comenzado (por el 94) con cursos aislados en la FLACSO y notaba que había mucho interés y muchos de los alumnos regresaban; así se fue formando el Certificado en Bioética para luego ir avanzando hacia el Diploma y, cuando la FLACSO comenzó con la educación a distancia, decidimos avanzar hacia la Especialización y la Maestría en bioética. Para nosotros era importante porque para nuestro programa de capacitación en ética de la investigación, la virtualidad permitía continuar formando más sólidamente a nuestros becarios. Ahora brindamos estos estudios de manera virtual y tenemos un alcance a toda la región.

Paralelamente, en 1996, comenzamos con la revista *Perspectivas bioéticas en las Américas* (que luego quedaría como *Perspectivas bioéticas*) dado que en ese momento no ha-

bía ninguna publicación académica dedicada enteramente a la bioética. Nuestra idea era fomentar la reflexión filosófica y bioética de problemas médicos y de investigación, desde una mirada crítica de la región, y permitir que surgieran voces propias y nuevas miradas.

“Al principio en Argentina, y en Latinoamérica en general, había muy pocas iniciativas. Yo había comenzado (por el 94) con cursos aislados en la FLACSO y notaba que había mucho interés...”

La revista publicó artículos de primera línea en español y funcionó por más de dos décadas (con todas las dificultades que implica publicar en Argentina). Actualmente, y desde 2016, nos fusionamos con la *Revista de Bioética y Derecho* de la Universidad de Barcelona y combinamos la excelencia académica de *Perspectivas* con los magníficos índices que tenía Barcelona, sumado a su *expertise* para hacer la revista *online*. Sobre todo, es destacable que la revista sea de acceso abierto y realmente gratuita para quienes quieran publicar y acceder. Además, pudimos conservar la edición en papel por pedido. Una situación de ganancia total para quienes apostamos a la calidad y la inclusión.

3. Más allá de lo realizado, ¿qué áreas de oportunidad en ética de la investigación identifica deben atenderse en la Región?

FL: Considero que todas las áreas deben ser correctamente atendidas ya que todas

ellas son relevantes. Sin embargo, lo que se percibe es un gran desarrollo de la ética de la investigación clínica, básicamente por la necesidad que se genera desde las compañías farmacéuticas, esto desvirtúa la ética de la investigación ya que casi todo se mira a través de estos lentes y éste no es el único tipo de investigación existente.

En nuestros países hay mucha investigación, desde nuestros centros de investigaciones nacionales (en Argentina, un ejemplo es el CONICET), que no tienen los recursos de la industria farmacéutica y, por ejemplo, se generan problemas a la hora de exigir seguros o ciertos estándares que resultan difíciles de cumplir. Y lo mismo sucede con la investigación en ciencias sociales o de implementación, que necesita una aproximación muy diferente a la del modelo biomédico, y algunos comités no perciben adecuadamente tales diferencias ya sea porque consideran que son cuestiones triviales y no plantean riesgos o, por el contrario, porque les exigen un manejo de la posibilidad de daño que tampoco es el adecuado. Y finalmente está la investigación con técnicas como el CRISPR Cas9 con células madres o con nuevas tecnologías para los cuales tampoco hay tanto conocimiento de los aspectos éticos y que resultan de muy difícil evaluación.

4. La pandemia por COVID-19, evidenció la urgencia de una bioética que respondiera a los problemas de Latinoamérica, en su opinión ¿cuáles son los mayores retos en materia de salud pública a los que se enfrenta la región?

FL: Considero que la región siempre ha tenido severos problemas propios. Se trata de una región sumamente inequitativa, con grandes y profundos bolsones de pobreza, con poblaciones totalmente olvidadas, con una visión predominantemente patriarcal y una influencia fortísima de ciertas religiones. Sumado a esto, podemos ver que en cada país -en mayor o menor proporción- coexiste un primer y un tercer mundo, sofisticadas tecnologías (desde la investigación con cé-

lulas madres hasta la reproducción asistida y el alquiler de vientres) conviven con la falta de recursos básicos, desde el agua potable, sistemas de saneamiento, enfermedades “tropicales” desatendidas, diarreas e inanición.

Estos últimos problemas básicos son fundamentales y sabemos cómo se deben resolver, pero para ello se necesita una fuerte inversión en infraestructura o en campañas para educar y concientizar a la población en la prevención de enfermedades que deberían haber sido erradicadas.

Junto a estos profundos problemas, aburridos y muy conocidos, también coexisten otros que hablan de ese “primer mundo” por ejemplo, elaborar un registro de donantes de gametos para las técnicas de reproducción asistida, ya que éstas tecnologías se practican cada vez con mayor frecuencia en la región. De hecho, este planteo ya lo formulábamos junto a la Dra. Salles en el primer número de la revista *Perspectivas Bioéticas*, en 1996, cuando hacíamos referencia a la existencia de problemas aburridos y “sexies” en la región.

5. Las características y problemáticas de la región, obligan a prestar mayor atención a la dimensión social y al efecto que tienen en la dimensión ética, de la investigación que se lleva a cabo. Ante la inminencia de una nueva pandemia, ¿qué aprendizajes se pueden obtener de la COVID-19?

FL: Creo que lo que se pudo percibir, sobre todo al comienzo, fue una respuesta a la pandemia que venía de países que tenían resueltos ciertos problemas básicos y podían pedir quedarse en casa y hacer teletrabajo, distanciamiento social o ciertas normas de higiene. Pero estas medidas, para muchas poblaciones de nuestros países, son inalcanzables porque no sólo no hay alcohol o jabón sino porque carecen de agua potable y porque solo algunos podemos seguir trabajando de manera virtual mientras un gran porcentaje de nuestra población no pueden permitirse el lujo de no salir a trabajar.

Aparecieron consecuencias no previstas, como más violencia y abuso intrafamiliar, que debieron considerarse anticipadamente para evitar un mayor daño. Creo que la pandemia nos obligó a volver a evaluar algunas políticas públicas y a buscar nuevas formas de tener en cuenta seriamente al contexto. La pandemia expuso muchos de nuestros problemas de desigualdad y falta de infraestructura.

“...lo que se percibe es un gran desarrollo de la ética de la investigación clínica, básicamente por la necesidad que se genera desde las compañías farmacéuticas, esto desvirtúa la ética de la investigación...”

6. ¿Cómo evalúa la respuesta brindada a la pandemia y especialmente la distribución de vacunas a nivel global?

FL: Mi evaluación es negativa. Si bien en sus inicios pudimos haberlo hecho relativamente bien, ya que hubo un intento de instrumentar un modelo de distribución global y ético: Colaboración para un Acceso Equitativo Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), aún con sus defectos, ya que el modelo de distribución proporcional no es el adecuado a mi criterio. Aun así, el mecanismo COVAX implicaba una superación de lo que sucedió con el H1N1, en el 2009, cuando directamente hubo un reparto de las vacunas existentes entre una decena de países con grandes recursos. Sin embargo,

el mecanismo COVAX falló y también fue boicoteado y los países con mayores recursos terminaron negociando unilateralmente grandes cantidades de vacunas, comportándose como en un estado de naturaleza *hobessiano* de lucha, de todos contra todos. Lo que me impactó es que continuáramos repitiendo modelos egoístas y nacionalistas a la hora de distribuir vacunas, cuando era sabido que se debía formular un reparto global y equitativo.

“Nuestra idea era fomentar la reflexión filosófica y bioética de problemas médicos y de investigación, desde una mirada crítica de la región, y permitir que surgieran voces propias y nuevas miradas”.

En lugar de aprender a ser solidarios y equitativos, se terminó cediendo a los intereses de los más poderosos. Considero que esta experiencia debe revertirse y tenemos que aprender de estos terribles errores. Debería-

mos pensar en modelos globales equitativos que puedan respetarse, instrumentar un sistema de gobernanza global que funcione de manera efectiva. Y, paralelamente, deberíamos desarrollar capacidades regionales para producir estos insumos, de manera que no se dependa de muy pocos países (EEUU, India, Rusia y algunos europeos) y descentralizar el modelo.

7. Para finalizar esta entrevista, ¿cuáles son las principales necesidades en materia de bioética que se presentan en Latinoamérica y el Caribe?

FL: Una necesidad es poder avanzar rumbo a verdaderos diálogos y análisis de problemas en profundidad. Existe una tendencia hacia miradas simplistas y *slogans* frente a los problemas, en lugar de abordarlos y resolverlos con la profundidad que se merecen. Lo vemos en algunos comités cuando buscan y se sienten cómodos con las famosas listas de chequeo (*checklists*).

En otro orden de cosas, veo que en muchas situaciones pervive una doble moral. Se necesita mayor empatía, sensibilidad y una mirada no patriarcal de la realidad y de la situación de muchas mujeres. Todavía hoy persisten modelos machistas y autoritarios que deben eliminarse. Para ello, es necesaria una educación de calidad en bioética que ayude a desarrollar estas capacidades, esta sensibilidad y esta mirada crítica.



Sugerencias de la CONBIOÉTICA en medios digitales

José Carlos Robles Garnica

Película

Título: Sueño mortal (Deep)

Año de estreno: 2021

Género: Drama

Duración: 101 minutos

Director: Sita Likitvanichkul

Producción: Transformation Films



Sueño mortal es un largometraje tailandés, que presenta la historia de cuatro estudiantes que deciden participar en un estudio farmacéutico que les proporciona recursos financieros. Conforme avanzan en las diversas etapas del estudio se dan cuenta que las afectaciones a su bienestar son cada vez mayores, llegando a atentar en contra de su vida, descubriendo que la profesora que los reclutó era la encargada del estudio y éste atendía únicamente a sus intereses personales. Este filme explora la importancia de la integridad científica al momento de conducir un estudio científico, junto con la explotación de la vulnerabilidad de los participantes. En este sentido la bioética desempeña un rol fundamental durante el proceso de revisión de protocolos de investigación, así como en su conducción y reclutamiento de los participantes para que se conduzca respetando los derechos fundamentales de las personas involucradas.

Película

Título: Elisión (Elysium)

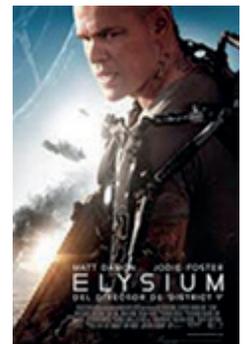
Año de estreno: 2013

Género: Ciencia ficción y acción

Duración: 109 minutos.

Director: Neill Blomkamp

Producción: Media Rights Capital (MRC), QED International, Sony Pictures Entertainment (SPE) & TriStar Pictures



Elysium es un largometraje en el cual se habla de un futuro distópico en el que la humanidad se encuentra dividida en aquellos que poseen riquezas viviendo en una estación espacial de alta tecnología llena de lujos y el resto de personas, quienes son forzadas a vivir en un mundo altamente contaminado. La historia presenta a Max un joven adulto que debido a su trabajo se expone a altas dosis de radiación y cuya única esperanza es entrar a la estación espacial Elysium para atenderse en una de las cápsulas médicas, capaces de curar cualquier enfermedad. Al desarrollarse la trama Max debe someterse a múltiples procedimientos para mejorar su cuerpo y poder entrar de manera ilegal a la estación para salvar su vida. Este largometraje presenta diversas inequidades en el acceso a las tecnologías, así como la discriminación en función de los bienes materiales que poseen las personas; bajo este contexto la bioética desempeña un papel fundamental para que los beneficios de la ciencia en materia de salud sean distribuidos de la misma manera a todas las personas, atendiendo al principio de justicia distributiva, de igual modo se encarga de fungir como un espacio de diálogo para celebrar las diferencias culturales y sociales evitando la discriminación y la violación a los derechos de las personas.

Podcast

Nombre: El árbol de Ideas

Episodio: Bioética y Medicina

Autor: Programa Universitario de Bioética de la UNAM

Idioma: Español

Disponible en plataforma: Radio UNAM

Duración: 28 minutos y 31 segundos



En este episodio se cuenta con la participación de la Dra. Paulina Rivero Weber y la Dra. Jennifer Hincapié Sánchez, quienes exploran las principales diferencias entre la bioética y la ética médica, así como los principales códigos deontológicos que han llevado a la construcción de la bioética global. De manera paralela, abordan algunos de los principales dilemas presentados durante las primeras etapas de la pandemia de la COVID-19, junto con las acciones realizadas por la UNAM para mitigarlos y las estrategias empleadas para la interiorización del conocimiento bioético en los profesionales de la salud en formación para su posterior aplicación clínica y en su futuro quehacer profesional.

Podcast

Nombre: Bioética y coronavirus

Episodio: Recomendaciones para la toma de decisiones éticas en servicios de salud

Autor: Observatorio de Bioética

Idioma: Español

Disponible en plataformas: Speaker, Spotify, iHerat Radio,

Eoogle Podcast, Deezer, Podcasr Addict & Podchaser

Duración: 9 minutos y 56 segundos



En este episodio se abordan los principales dilemas que enfrentaron los profesionales de la salud, al inicio de la pandemia de COVID-19, centrándose en la necesidad de definir marcos y lineamientos bioéticos que permitieran al personal sanitario tomar decisiones éticas en los momentos críticos de atención, en especial bajo el contexto de una emergencia sanitaria.

Podcast**Nombre:** ISSSTE Podcast**Episodio:** ¿Qué sabes del cáncer infantil?
¿Sabías que es la principal causa de muerte en menores de 18 años en el mundo?

Autor: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Idioma: Español

Disponibilidad en plataformas: Spotify, iTunes, Himalaya & Anchor

Duración: 18 minutos y 28 segundos



En el marco de la conmemoración del día internacional en contra del cáncer infantil, el ISSSTE Podcast cuenta con la participación de la oncóloga pediatra, la Dra. Farina Arreguín González, quien aborda los principales signos, síntomas y pruebas de diagnóstico que rodean a esta enfermedad multifactorial, enfocándose primordialmente en aquellos tipos que se presentan con mayor frecuencia en la población infantil mexicana. La Dra. Arreguín hace un llamado a todas las personas de nuestro país para formar parte del mecanismo de detección oportuna del cáncer en los pacientes pediátricos, en búsqueda de ser capaces de brindar la atención adecuada y reducir las posibles afecciones y complicaciones que se pudiesen presentar.

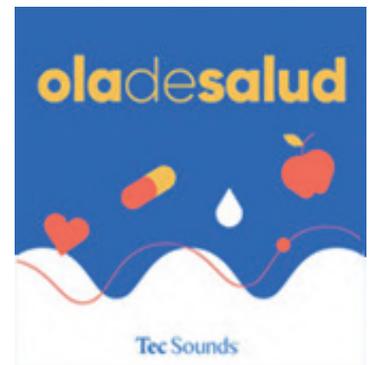
Podcast**Nombre del podcast:** Ola de Salud**Episodio:** Salud con propósito

Autor: Tec Sound

Idioma: Español

Disponibilidad en plataformas: Apple Podcast, Spotify, Google podcast, Amazon Music, Portal Web Ola de Salud

Duración: 23 minutos y 28 segundos



En esta emisión, se cuenta con la participación del Dr. Fernando Castilleja y la Dra. Marcela Toscano quienes abordan la temática de la salud como un compromiso personal que todos debemos hacer, buscando pasar de la reactividad a la proactividad, empleando las diversas fuentes de información confiables que están a nuestro alcance para mejorar nuestros hábitos y de esta manera reducir los factores de riesgo para desarrollar las enfermedades que aquejan a nuestro país. También exploran las características que debe presentar la medicina de precisión en la búsqueda de la salud personalizada y ser capaces de trazar un plan de vida en salud.

Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

Karla Nallely Rosas Chelius y Ariana Leticia Landín López

Ética Médica Laica

Ruy Pérez Tamayo
2002



“Empecé a escribir este libro sin darme cuenta, hace ya más de 50 años, a principios de 1943...”. Con estas palabras comienza el libro del Dr. Pérez Tamayo, nacido de sus inquietudes como médico patólogo, estudiante y profesor de Medicina. En la primera parte, hace un recorrido histórico de los problemas de la ética médica, desde el Código de Hammurabi. En la segunda, distingue entre la ética médica y la ética del médico. Finalmente, analiza los problemas actuales de la ética médica. El libro es de lectura obligada por la agradable prosa y la perspectiva crítica de uno de los bioeticistas más importantes de México.

Ética de la Investigación, Integridad Científica

David R. Koepsell y Manuel H. Ruiz de Chávez
2015



La obra promueve una cultura de la ética de la investigación y la integridad científica, al brindar herramientas de apoyo a la formación de recursos humanos de alto nivel. También ofrece una aproximación didáctica a la ética de la ciencia, que busca sensibilizar y desarrollar las competencias de los investigadores, a través del análisis de los principios éticos que intervienen en el ejercicio de la ciencia; y la revisión de casos ilustrativos de mala *praxis*, relacionados con las investigaciones científicas. El libro contiene un recuento del surgimiento de los comités de ética, se analizan aspectos sobre el desempeño de sus actividades. Asimismo, se discute el rol del investigador y de las instituciones científicas en el surgimiento de conflictos de interés.

COVID-19 y bioética

Gustavo Ortiz Millán y María de Jesús Medina Arellano
2021



La llegada de la COVID-19 significó un desafío para la bioética al tener que analizar los dilemas que surgieron prácticamente al mismo tiempo en el mundo entero. Este libro recopila veintiocho perspectivas de la bioética en México y América Latina que van desde las cuestiones legales y éticas hasta la perspectiva de género, la atención a grupos vulnerables, la asignación de recursos, los cuidados paliativos, el derecho a morir, la ciencia abierta, la infodemia, la geopolítica y la globalización. La publicación permite visualizar tanto los avances de la bioética en el país como los retos que quedan pendientes en la salud pública.

Políticas del cuidado

Karina Batthyány
2021



En los últimos años se ha ido gestando una transformación cultural que busca reconocer la importancia del trabajo no remunerado dentro del hogar. La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado la relevancia de estas tareas: las mujeres, quienes en su mayoría realizan estas labores, tuvieron que ser al mismo tiempo maestras, cocineras, limpiadoras y cuidadoras durante las cuarentenas y los confinamientos. La autora reclama la desnaturalización de esta desigualdad y propone revisar el concepto de género, la división sexual del trabajo y el rol de las labores no remuneradas de las sociedades capitalistas.

La cultura Bioética en la sociedad Contemporánea

Rodrigo Ramos-Zúñiga
2021



La Comisión Estatal de Bioética de Jalisco reúne las conferencias presentadas durante el “Primer Curso Interdisciplinario de Bioética” del 2020 con la intención de que este libro se integre a los textos básicos de la educación en bioética. Los temas abarcan desde las bases fundacionales de la bioética, su institucionalización y sus construcciones teóricas hasta la reflexión sobre los dilemas bioéticos provocados por la COVID-19 tanto en la atención clínica como en la investigación en salud. Mención especial merecen los capítulos dedicados a la enseñanza de la bioética y la producción científica en el estado.



Colaboradores

Evandro Agazzi

Director del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana de la Ciudad de México y Profesor Emérito de las universidades de Friburgo (Suiza) y Génova (Italia). Ha presidido y actualmente es Presidente de Honor de la Academia Internacional de Filosofía de las Ciencias (Bruselas), la Federación Internacional de Sociedades Filosóficas y el Instituto Internacional de Filosofía (París). Ha recibido 11 Doctorados *Honoris Causa* y es miembro de numerosas Academias e Instituciones científicas, entre las que destacan la Academia Rusa de Ciencias y la Academia Mexicana de Ciencias. Ha publicado más de 90 libros, y más de 1000 artículos científicos en libros y revistas.

Areli Cerón Sánchez

Maestra en Ciencias Farmacéuticas por la UAM Xochimilco, con Especialidad en Medicina Farmacéutica por la Escuela Superior de Medicina del IPN; Química Farmacéutica Industrial por la ENCB del IPN. Experta externa de OMS y OPS en la evaluación de Agencias Reguladoras de América Latina. Ha dictado múltiples conferencias sobre ética en investigación, CEI, CHB y cuenta con publicaciones al respecto. Integrante de comités técnicos específicos de moléculas nuevas, medicamentos, enfermedades raras, ética y conflicto de interés. Con más de 15 años de experiencia laboral en la industria farmacéutica, el CINESTAV, la COFEPRIS y, desde 2016, se desempeña como Directora de Comités de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética.

Bernardo García Camino

Doctor en Derecho. Miembro del Colegio de Bioética A.C., Fundador de la Unidad de Bioética de la Facultad de Filosofía en la Universidad Autónoma de Querétaro. En 1997 inició como Docente universitario, es Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Querétaro. Actualmente imparte cátedra también en la Universidad Anáhuac, Querétaro y la Universidad Mondragón, es Profesor invitado en la Universidad de Clarkson (NY) y en la UNAM. Es Presi-

dente del Comité de Ética de Investigación, de la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro.

María Patricia Herrera Gamboa

Diplomada en Corrección de Estilo y Redacción avanzada por la CANIEM. En 40 años de trayectoria laboral, ha sido Coordinadora Editorial del Boletín de Noticias y Formadora Editorial del Boletín de Información Clínica Terapéutica, ambos de la Academia Nacional de Medicina de México. Asistente editorial, redactora y correctora, en diversas publicaciones públicas y privadas. Es columnista del periódico *Excelsior*, *Imagen de la Mujer*, y escritora invitada del Proyecto *Historias Metropolitanas*, de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM Cuajimalpa. Actualmente forma parte de la Oficina del Comisionado Nacional, en la Comisión Nacional de Bioética.

Raúl Jiménez Piña

Cirujano Dentista egresado de la UAM. Cursó la Licenciatura en Filosofía y la Maestría en Bioética en la UNAM. Doctorando en Derechos Humanos por el Centro Universitario Columbia. Ha cursado diplomados en materia de Ética de la Investigación. Miembro de la mesa directiva de la *International Association of Bioethics*. Integrante de la Red Mexicana de Educación Bioética. Fundador de la Red Bioética del Programa de redes temáticas del Conacyt, del cual es parte del Comité Técnico Asesor. Pertenece al Comité Editorial de la Revista *Medicina y Ética* de la Universidad Anáhuac, donde es Investigador Asociado, en la Facultad de Bioética. Ha sido Subdirector Científico y Director de Planeación y Desarrollo Académico en la Comisión Nacional de Bioética, en la que actualmente es Director del Centro del Conocimiento Bioético.

Ariana Leticia Landín López

Licenciada en Letras Hispánicas y egresada de la Licenciatura en Arte. Ha trabajado en la restauración de obras artísticas y en museos, difundiendo el patrimonio cultural e inmaterial de los pueblos indígenas. Como

investigadora ha incursionado en distintos ámbitos desde el cine y la literatura hasta la historia virreinal y el sector agropecuario. Actualmente es Subcoordinadora de Biblioteca de la Comisión Nacional de Bioética.

Alberto Lifshitz Guinzberg

Especialista en Medicina Interna. Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM. Académico Titular de la Academia Nacional de Medicina de México y Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Presidente Fundador de la Academia Nacional de Educación Médica y Presidente actual de la Academia Mexicana de Médicos Escritores. Premio *Guillermo Soberón* 2013. Reconocimiento al Mérito Docente IMSS. Reconocimiento al Mérito Universitario UNAM 2020. 31 libros publicados. Más de 400 capítulos de libros y más de 400 artículos en publicaciones periódicas.

Manuel Jesús López Baroni

Licenciado en derecho (Universidad de Sevilla) y Doctor en Derecho (Universidad de Barcelona). También es Licenciado y Doctor en Filosofía (UNED). Es Profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. Coordina el Máster en Bioética y Derecho del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Investiga las implicaciones éticas y legales de las tecnologías disruptivas (Biotecnología, Biología Sintética, Nanotecnología, Neurotecnologías e Inteligencia Artificial).

Florencia Luna

Doctora en Filosofía (Universidad de Buenos Aires). *Master of Arts (Columbia University)*. Investigadora Independiente del CONICET. Presidenta, durante el período 2003-2005, de la *International Association of Bioethics (IAB)*. Consultora temporaria de la OMS, en los años 1997, 1999 y 2001 y Consultora oficial del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Experta de la Organización Mundial de la Salud. Directora del *Programa de Capacitación en Ética de la Investigación en las Américas* (2006-2010). Coordinadora de la *Iberoamerican*

Network of Bioethics. Editora en jefe de la primera revista argentina dedicada a la bioética: *Perspectivas Bioéticas*. Ha sido Docente en diversas universidades. Actualmente es Directora del Programa Bioética (FLACSO-Argentina).

Marisela Moreno Mendoza

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Ciencias de la Educación. Profesora de tiempo completo y parcial en el nivel Técnico, Posttécnico, Licenciatura y Maestría en Enfermería. Autora y validadora de Guías de Práctica Clínica-CENETEC-IMSS. Asesora metodológica. Ponente en diversos foros nacionales e internacionales sobre el cuidado enfermero.

Gustavo Fernando Olaiz Barragán

Licenciado en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, con estudios de Maestría en Ética por esta misma casa de estudios. Ha ejercido en el ámbito editorial y la gestión de proyectos de comunicación; actualmente se desempeña en el ámbito de las Políticas Públicas en Salud, trabajando en coordinación con investigadores y especialistas, en campos afines a la bioética del contexto nacional e internacional para la deliberación de los desafíos emergentes en salud, especialmente en relación con la innovación y desarrollo tecnológico. Cuenta con publicaciones en revistas especializadas en salud y bioética. Actualmente es Subdirector de Políticas Públicas y Bioética de la Comisión Nacional de Bioética.

Gabriela Pineda Hernández

Estudió la Licenciatura en Antropología Física en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, realizó una Especialidad y Maestría en Estudios de Género en la Universidad Autónoma Metropolitana y el Doctorado en Antropología en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su trabajo se inscribe en el marco de la Antropología Médica, abordando temas como sexualidad, reproducción, envejecimiento, interculturalidad y bioética. Forma

parte del equipo de la Comisión Nacional de Bioética como Subdirectora de Enlace con las Comisiones Estatales de Bioética.

José Carlos Robles Garnica

Licenciado en Biotecnología por la Universidad Anáhuac México, Campus Norte. Cursó el Diplomado en Formación Integral para la Investigación en Ciencias de la Salud, en el Área de Investigación Básica de la misma Universidad. En la Comisión Nacional de Bioética ha colaborado con la Oficina del Comisionado Nacional de Bioética y actualmente con el Departamento de Servicios de Información del Centro del Conocimiento Bioético.

Karla Alejandra Tovar López

Licenciada como Médica Cirujana en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México con área de concentración en Salud Pública, Salud Mental, Trayectorias Académicas en Educación Médica y Bioética. Actualmente funge como

Jefa del Departamento de Apoyo a Comisiones Estatales de Bioética, en la Comisión Nacional de Bioética.

Fabiana Maribel Zepeda Arias

Licenciada en Enfermería por la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional y Especialista en Medicina crítica y Terapia intensiva. Maestra en Ciencias, Área: Investigación en Sistemas de Salud por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Diplomada en Salud pública, Calidad, Investigación de los Servicios de Salud y Dirección estratégica. Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigación de Enfermería (AMIENF). Miembro de la Comisión de Seguridad del Paciente. Academia Mexicana de Cirugía. Editora asociada de la *Revista de Enfermería* del IMSS. Ponente en diversos foros nacionales e internacionales sobre temas relacionados a la Enfermería. Es la Titular de la Coordinación Técnica de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.



10ª Cumbre Global
de Comisiones
Nacionales
de Bioética

THROUGH THE W

SEE YOU IN
MEXICO CITY
JUNE 2014!!!

30
1992
2022
ANIVERSARIO

COMISIÓN
NACIONAL
DE BIOÉTICA

VI
MEXICO
2010

Comisión Nacional de Bioética
Año IX Núm. 36 Junio de 2020
te la pandemia

MEMORIA
2000

Políticas púb
en bio

El enfoque bioético
a la compleja realidad del ser humano
de decisiones ante los dilemas que surgen en la práctica
clínica y la investigación. Su aplicación se sustenta tanto
en criterios científicos como en principios filosóficos,
los más reconocidos son:

• **El Respeto por la autonomía**
Es respetar el derecho de una persona a mantener sus puntos de vista, elecciones, valores y creencias.

• **La No-maleficencia**
Es la obligación de no infringir a una persona daño físico o mental de manera intencional.

Publicación trimestral de la Comis
Bioética, salud y diversidad



30 años de la Comisión Nacional de Bioética

1992

Creación de la **Comisión Nacional de Bioética**



COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA



2000

La **CONBIOÉTICA** adquiere carácter permanente

2003

Se impulsa la creación en cada entidad federativa de una **Comisión Estatal de Bioética (CEB)**



2005

La **CONBIOÉTICA** inicia como Órgano Desconcentrado de la **SSA** y se crea el **Consejo Consultivo**

2007

Inician las reuniones regionales de las **CEB**



2011

Se reforma la **Ley General de Salud**, que señala la obligatoriedad de los **CHB** y **CEI**

2012

Se publican las **Disposiciones Generales** de los **CHB** y **CEI**



2013

El registro de **CHB** queda a cargo de la **CONBIOÉTICA**

2014

México sede de la **10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética** y del **12º Congreso Mundial de Bioética**



2016

Se actualizan las **Disposiciones Generales** para los **CEI** e inicia su registro ante la **CONBIOÉTICA**

2017

Se moderniza el decreto de creación de la **CONBIOÉTICA**

2018

Se fortalecen las actividades de capacitación

2021

Se publica el **Decálogo de Bioética** y **APS**

2022

30º Aniversario de la **CONBIOÉTICA**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



30 1992 2022
ANIVERSARIO



gob.mx/salud/conbioetica