


Comités Hospitalarios de Bioética

- 
- El papel de la enfermería en los Comités Hospitalarios de Bioética
 - La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica
 - Cuidado paliativo, bioética y la ley: lo que opinaron los médicos



encuentro bioético


Conversación con Ruth Macklin: Bioética, derechos humanos y vulnerabilidad



Capacitación para integrantes de los Comités Hospitalarios de Bioética

La capacitación continua en materia de Bioética, dirigida a los integrantes de los Comités Hospitalarios de Bioética, es de suma importancia para contribuir en la mejora de la calidad de la atención en salud.

Una de sus tareas fundamentales es la de emitir recomendaciones de manera colegiada -sobre los dilemas bioéticos que se presentan en la práctica clínica- a los pacientes, familiares y profesionales de la salud que lo soliciten. Para tal efecto, la Comisión Nacional de Bioética ha implementado cursos de metodologías para analizar y deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos, como son los siguientes cursos teórico-prácticos:

Dilemas bioéticos en la práctica clínica, realizado con los servicios de salud de PEMEX. 

Metodologías para el análisis de casos clínicos con dilemas bioéticos en la práctica hospitalaria, con los Servicios Estatales de Salud de Aguascalientes.



ISSEA
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO
DE AGUASCALIENTES

Dilemas bioéticos al final de la vida en cuidados paliativos, con el INCan.



Dichos cursos contribuyen a la práctica de la reflexión y la argumentación para permitir que los participantes desarrollen posturas laicas, racionales y en estricto apego a los derechos humanos en el análisis de casos clínicos.

CAPACITACIÓN EN BIOÉTICA



Secretaría de Salud

Secretario de Salud
José Narro Robles

Comisión Nacional de Bioética

Comisionado Nacional
y Editor en Jefe
Manuel H Ruiz de Chávez

Consejeros

Lizbeth Sagols Sales
Enrique Beascoechea Aranda
Martha Tarasco Michel
Patricio Santillán Doherty
María de Jesús Medina Arellano
Alejandro Mohar Betancourt

Editor ejecutivo

Edén González Roldán

Comité editorial

Raúl Jiménez Piña
Alfredo Reyna Ángel
Arelí Cerón Sánchez
Raúl Héctor Rodríguez Otero
Gustavo Olaiz Barragán

Revisión e integración de contenidos

Alma Rosa Macedo de la Concha

Diseño gráfico

Mario Silva Schütte
Alfonso Heredia Arriaga

Producción impresa y electrónica

EditArte
www.editarte.com.mx

Gaceta CONBIOÉTICA, Año VI, Número 25 (julio-septiembre 2017), es una publicación trimestral, editada por la Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, ubicada en Arenal No. 134 esq. Xochimaltzin, Col. Arenal Tepepan, C.P. 14610, Delegación Tlalpan, México D.F. Tel. 5487 2760.

www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx
gacetas.conbioetica@gmail.com / Editor responsable: Manuel Hugo Ruiz de Chávez. Reservas de derechos al uso exclusivo No. 04-2015-100113232300-109, ISSN: 2448-5810, Licitud de Título y Contenido: en trámite. Impresa por EDAMSA IMPRESIONES, S.A de C.V., este número se terminó de imprimir en septiembre de 2017 con un tiraje de 2 mil 500 ejemplares. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización de la Comisión Nacional de Bioética.

Contenido

2 Editorial

3 A fondo

- *Comités Hospitalarios de Bioética*
Manuel H Ruiz de Chávez
- *El papel de la enfermería en los Comités Hospitalarios de Bioética*
Claudia Leija Hernández y Daniel Choperena Aguilar
- *La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica*
Martha Tarasco Michel
- *Cuidado paliativo, bioética y la ley: lo que opinaron los médicos*
Robert T. Hall, Ericka Gabriela Campos Pacheco
y Ana Paulina Pérez Audiffred

21 Tareas y perspectivas institucionales

- *Registro y renovación de los Comités Hospitalarios de Bioética*
Elizabeth Rojas Serafín

24 Encuentro bioético

- *Conversación con Ruth Macklin:*
Bioética, derechos humanos y vulnerabilidad

27 Escenario México

- *Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la prestación de servicios de salud*
Uria Guevara López, Nelly F. Altamirano Bustamante
y Myriam M. Altamirano Bustamante

32 Escenario internacional

- *Metodologías para deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos*
Salvador Alcaraz Nava

36 Rincón bibliográfico

- *Novedades editoriales de la biblioteca de la CONBIOÉTICA*

38 Cultura y bioética

- *Prevención del embarazo en adolescentes*

39 Portal abierto

- *La voz de nuestros lectores*

39 Avances

- *Gaceta CONBIOÉTICA número 26*

39 Colaboradores

Editorial

La Comisión Nacional de Bioética tiene la oportunidad de compartir con sus lectores la Gaceta No. 25, con las siguientes temáticas: Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), Metodología para deliberar casos clínicos en dilemas bioéticos, Cuidados Paliativos, Dilemas al final de la vida, Prevención del embarazo en adolescentes, Derechos Humanos, y algunas recomendaciones editoriales de la Biblioteca.

Temas que nos permitirán tener indicadores desarrollados en principios bioéticos y respeto a los derechos humanos para guiar cada una de nuestras decisiones como seres humanos y así no perder de vista el humanismo en el camino de la salud.

Manuel H Ruiz de Chávez, Comisionado Nacional de Bioética, en el artículo “Comités Hospitalarios de Bioética”, nos invita a reflexionar cuál es la importancia de los Comités Hospitalarios de Bioética en las instituciones de salud y nos comparte la importancia de la integración y consolidación de los CHB, ya que representa un nicho de oportunidad en el sistema de salud mexicano.

Claudia Leija Hernández, colabora con su artículo “El papel de la Enfermería en los Comités Hospitalarios de Bioética”, resaltando la importancia de los profesionales de enfermería en los CHB, puesto que ellos además de tener un mayor contacto con los pacientes hospitalizados, conocen sus inquietudes, necesidades fisiológicas, emocionales y espirituales, así como la detección temprana de riesgos y daños potenciales físicos o psicológicos.

Martha Tarasco en el artículo “La Función Educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica”, nos comparte una reflexión de la función formadora de los CHB, señalando alguna parte de la problemática empírica de los mismos, y sus dificultades de aplicación.

En la sección de Tareas y Perspectiva Institucional, Elizabeth Rojas, nos recuerda en su texto “Registro y Renovación de los Comités Hospitalarios de Bioética” que la CONBIOÉTICA, es

quien otorga el registro a los CHB, así como la renovación que deberá remitirse dentro de los 30 días hábiles anteriores al vencimiento de la vigencia.

En Encuentro Bioético la Profesora emérita Ruth Macklin, nos privilegia con una conversación sobre bioética, Derechos Humanos y vulnerabilidad, en la cual nos comparte sus experiencias y puntos de vista relacionados con el tema en discusión.

En la sección de Escenario México, los autores Uria Guevara López, Nelly F. Altamirano Bustamante y Myriam M. Altamirano Bustamante nos invitan a reflexionar la importancia de los valores y virtudes que son indispensables para una relación médico-paciente eficiente y de calidad, con el tema “Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la Prestación de Servicios de Salud”.

Así mismo en el Escenario Internacional, el Lic. Salvador Alcaraz Nava, con el tema “Metodologías para deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos”, nos comparte las cuatro metodologías relevantes en el ámbito internacional para analizar casos clínicos.

En el Rincón Bibliográfico se hacen recomendaciones editoriales de la Biblioteca CONBIOÉTICA con énfasis en el artículo del Hastings Center Report en el cual se menciona que la Comisión se convirtió en el actor principal en la estrategia de institucionalización de la bioética en México después de las reformas a la Ley General de Salud en 2011.

Finalmente en la sección Cultura y Bioética, Edén González Roldan, Director General Adjunto de la CONBIOÉTICA, nos invita a reflexionar con el artículo “Prevención del embarazo en adolescentes”.

Cierran el número de la Gaceta nuestras secciones: Portal abierto, voz de nuestros lectores; Avances que abordan de manera general la temática de nuestro próximo número y las sinopsis curriculares de los colaboradores de este número de la Gaceta CONBIOÉTICA.

Comités Hospitalarios de Bioética

Manuel H Ruiz de Chávez

Para Ruy Pérez Tamayo, reconocido divulgador de la ciencia y académico mexicano la medicina tiene las siguientes tres funciones: 1) preservar la salud, 2) curar o aliviar, cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente y 3) evitar las muertes prematuras o innecesarias.¹ (Pérez Tamayo, 2013)

Para cumplir con sus objetivos la medicina contemporánea cuenta con numerosos conocimientos y herramientas científicas y tecnológicas que nunca antes había poseído, además se ha transformado también en el ámbito social, económico y político con el consecuente impacto en el Sistema Nacional de Salud. Aunado a lo anterior, resulta necesario reconocer que, en la práctica de la medicina, en el proceso de atención a la salud y en la interacción del personal de salud con los pacientes y los familiares, se presentan conflictos de valores, problemas y dilemas bioéticos cuyo impacto incluye aspectos psicosociales alrededor del padecimiento; estos casos difíciles requieren de un análisis reflexivo para la toma de decisiones frente a un paciente, siempre en el mejor interés de éste.

“...en el proceso de atención a la salud y en la interacción del personal de salud con los pacientes y los familiares, se presentan conflictos de valores, problemas y dilemas bioéticos...”

Diego Gracia señala que “la realidad concreta es siempre más rica que nuestros esquemas intelectuales y, por lo tanto, los desborda. De ahí que el proceso de toma de decisiones no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados²” (Gracia, 2001).

¹ Pérez Tamayo, R. (2013). Humanismo y Medicina. Gaceta Médica de México, 149:349-53.

² Gracia, D. (2001). Bioética para Clínicos. Medicina Clínica, 117:18-23.

Ante un conflicto de valor o dilema bioético, los pacientes, familiares y profesionales de la salud se pueden encontrar en un escenario de incertidumbre, pues es necesario tomar decisiones complejas y resolver el conflicto situado en la ética clínica, sin embargo, para tomar la mejor decisión en el momento adecuado.

El análisis ético en casos difíciles deberá realizarse con base en una metodología –casuística considerando las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los rasgos contextuales o a través de los principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, por ejemplo, puesto que existen diversas metodologías- en un proceso de deliberación colectiva: puesto que todas las perspectivas de todas las personas afectadas son importantes³. Las decisiones clínicas que se tomen deben ser razonables y prudentes para un paciente en un contexto específico y único, ejerciendo la esencia misma de la clínica.

¿Cuál es la importancia de los Comités Hospitalarios de Bioética en las instituciones de salud?

Los antecedentes históricos que dieron lugar a la creación de los comités en el ámbito internacional se encuentran en Estados Unidos de América cuando Belding Scribner (1962) en el Hospital Suizo de Seattle⁴, basado en los trabajos de investigación previos del médico holandés William Kolff diseñó la primera máquina de hemodiálisis que rápidamente demostró beneficios para pacientes ambulatorios con insuficiencia renal, como es esperado, el número de candidatos para recibir el tratamiento aumentó dramáticamente, superando la capacidad de atención y planteando una pregunta profundamente ética: ¿Cómo se deben seleccionar los candidatos para diálisis?, pues los criterios médicos no eran suficientes para responder.

³ Escuela Andaluza de Salud Pública. Metodologías en Ética Clínica. Recuperado de: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/metodologia_en_etica_clinica.pdf

⁴ Aulisio PM. Why Did Hospital Ethics Committees Emerge in the US?. AMA Journal of Ethics, May 2016, Volume 18, Number 5: 546-553.

Para resolver el problema se creó el “Comité de admisión y políticas” que definió criterios muy diversos como edad, ocupación, estado civil e incluso patrimonio, estos lineamientos además de fuertes críticas y una denominación nueva al comité por parte de la opinión pública- “Comité de Dios de Seattle”- hizo evidente la necesidad de contar con la opinión colegiada, plural y razonable como apoyo para la toma de decisiones en ámbitos biomédicos.

“El análisis ético en casos difíciles, deberá realizarse con base en una metodología casuística, considerando las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los rasgos contextuales o a través de los principios bioéticos...”

Por otro lado, el caso clínico de Karen Quinlan (1976), una mujer de 21 años que después de un episodio de abuso de drogas permaneció hospitalizada en estado vegetativo permanente con apoyo ventilatorio y una sonda nasogástrica para alimentación por largo tiempo, ante tal situación los padres de Karen solicitaron el retiro del ventilador a los médicos tratantes quienes se rehusaron al considerar la solicitud como franco homicidio, después de un proceso legal la Corte de Nueva Jersey ordenó que se retirará la ventilación mecánica a Karen, quien murió en su domicilio en compañía de sus padres. Este caso, destaca la necesidad de contar con comités que aborden problemas relativos a opciones que la innovación tecnológica ha generado y que

antes eran inconcebibles, y permite reconocer que las personas involucradas tienen sistemas de valores distintos que es necesario analizar para tomar decisiones a tiempo.

Por último el caso Baby Jane Doe (1983)⁵, una niña que nació con espina bífida, hidrocefalia y microcefalia, quien fue sometida a diversas intervenciones quirúrgicas –aún sin considerar que los padres no otorgaron su consentimiento- y tratamientos médicos que prolongaron su expectativa de vida de semanas a 20 años, pero, con severas complicaciones en detrimento de su calidad de vida. Estos casos, entre otros, dieron origen a la legislación para establecer Comités de Ética Clínica (Clinical Ethics Committee) en los hospitales de EUA, y consecuentemente en varios países, pero además introdujeron el debate en torno a temas con implicaciones bioéticas como el respeto a la autonomía de los pacientes, muerte digna y limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico entre otros.

Los Comités Hospitalarios de Bioética en México.

En México, el Decreto por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud –publicado en el Diario Oficial de la Federación, en 2011- establece la obligación de los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud de integrar –según su grado de complejidad y nivel de resolución- un Comité Hospitalario de Bioética (CHB), el 31 de octubre de 2012 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo que establece las Disposiciones Generales para la Integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética; el registro de los CHB a nivel nacional ante la Comisión Nacional de Bioética inicia en 2013.

De acuerdo con la Guía Nacional para la integración y Funcionamiento de los CHB, los comités son espacios de reflexión, análisis, orientación y educación desde una perspectiva laica, so-

⁵ Annas, G. (1984). The Case of Baby Jane Doe: Child Abuse or Unlawful Federal Intervention? Public Health and the Law, 727-729.

bre los problemas o dilemas bioéticos que se presentan en la práctica clínica, son cuerpos colegiados autónomos, institucionales, interdisciplinarios y plurales y de carácter consultivo⁶ que otorgan asesoría al personal de salud, pacientes y familiares que lo soliciten. En ellos participan médicos, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, bioeticistas, entre otros y al menos un representante de los usuarios de los servicios de salud. Los comités constituyen de esta manera, una guía y apoyo para la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas, en un marco de respeto a los Derechos Humanos y la dignidad de las personas. Cabe mencionar que las recomendaciones que emite el comité después de la identificación, análisis y deliberación de los casos clínicos no suplen las funciones de los profesionales en la toma de decisiones clínicas, sin embargo, el aprendizaje de la deliberación y análisis ético de casos clínicos es sustancial para promover el respeto a la autonomía de los pacientes, considerando la experiencia y sensibilidad que puede proveer un cuerpo colegiado para la atención integral de los pacientes.

“Los comités constituyen una guía y apoyo para la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas, en un marco de respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas.”



De esta manera, la integración y consolidación de los CHB implica que, con el apoyo y bajo la responsabilidad de los titulares de los establecimientos de atención médica, cumplan adecuadamente sus funciones: función consultiva, orientadora y educativa, para apoyar al personal de salud en la adquisición de habilidades para la toma de decisiones éticas en el marco de los principios bioéticos y en el mejor interés de los pacientes y además sean visibles y claros para los pacientes, los familiares y el personal de salud los objetivos y beneficios de contar con un Comité Hospitalario de Bioética, en definitiva lo anterior representa un nicho de oportunidad en el sistema de salud mexicano.

⁶ ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética. (México: Diario Oficial de la Federación, 31 de octubre de 2012).

El papel de la enfermería en los Comités Hospitalarios de Bioética

Claudia Leija Hernández y Daniel Choperena Aguilar

¿Qué son los comités y funciones?

Para que los comités de bioética adquieran su máxima efectividad, de acuerdo con la UNESCO [1], es necesario el respeto a los derechos humanos, así como el reconocimiento de la dignidad de pacientes y de las personas sanas o enfermas, en particular aquellas que participan en ensayos de investigación biomédica y a aquellas que se someten a alguna intervención sanitaria por médicos, enfermeras y otros integrantes del equipo de salud.

El surgimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en México es relativamente reciente, considerando que es apenas en el año 2012 cuando en el Diario Oficial de la Federación, se publica el “ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética”.

Los CHB son espacios de reflexión, orientación y educación donde sus miembros, un grupo interdisciplinario del equipo de la salud, abogados, y otros profesionales de la conducta humana, analizan temas éticos y dilemas que surgen de la atención de la salud en una institución hospitalaria, pero que en ningún caso pueden sustituir la responsabilidad del personal sanitario hacia los pacientes, ni imponerse en sus decisiones ya que su carácter es totalmente consultivo [2,3].

La interdisciplinariedad de los CHB

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

Un requisito indispensable para el funcionamiento óptimo de los Comités de Ética, y en especial los Comités Hospitalarios de Bioética es el deseo y la capacidad de diálogo entre los distintos miembros que conforman a este, independientemente de su papel o de su naturaleza profesional. Tal es el caso, que en la resolución y

la discusión de asuntos particulares se establece un espacio de conversación donde existe un intercambio de información técnica, o científica, social, moral y cultural, que se vuelve invaluable para la existencia y el nivel de resolutivez de los comités dentro de un hospital. Dentro del ámbito hospitalario, es importante destacar que en las profesiones sanitarias existe una diversidad significativa entre una y otra; ya sea en su objeto de estudio y de conocimiento, las habilidades generadas y/o empleadas, así como el acercamiento que llegan o no a tener con el usuario, para generar una atención con calidad técnica e interpersonal [4].

“Los CHB reflejan la necesidad de que los profesionales de la salud tengan una visión más amplia acerca de las situaciones que se presentan en la prestación de servicios sanitarios....”

Los médicos y enfermeras (os) son los profesionales de la salud que tienen más contacto con el usuario dentro de su estancia en una institución hospitalaria. Los primeros, a través de la valoración inicial y evolución, y las enfermeras quienes, a través de la provisión de cuidados con niveles de autonomía diferentes y con fines diversos, tienen la capacidad de percibir de manera más profunda al usuario, desde diferentes perspectivas. Teniendo como propósito la atención y la resolución de respuestas humanas, además de la enfermedad. Esta capacidad es la que hace necesaria e indispensable contar con diferentes profesionales sanitarios, además de los integrantes de otras disciplinas [4, 5].

El rol de enfermería en la atención hospitalaria

Las enfermeras y enfermeros pertenecientes a las instituciones del Sistema Nacional de Salud se enfrentan diariamente a constantes problemas éticos y morales durante la provisión de los cuidados. De igual manera y debido a que son los miembros del equipo de salud quienes están más tiempo en contacto con el paciente juegan un rol fundamental en la seguridad de éste, en la prevención de errores de medicación, de caídas y otros eventos adversos, en la verificación de que los pacientes reciban el tratamiento correcto, y en asegurar su bienestar durante su estancia hospitalaria [6].

En las áreas hospitalarias, en el ámbito asistencial, los profesionales de enfermería son capaces de proporcionar una amplia gama de cuidados e intervenciones independientes, así como coordinar el trabajo de otros miembros del equipo de salud para cumplir los objetivos de la atención sanitaria. Así mismo, cuentan con las habilidades necesarias para reconocer problemas potencialmente graves, como el inicio de una infección asociada a atención de salud (IAAS), el uso incorrecto de medicamentos, el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos, e incluso el abuso que pueden llegar a sufrir los pacientes de sus familiares, o de otros profesionales de salud [6, 7, 8].

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

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



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

“En las áreas hospitalarias, en el ámbito asistencial, los profesionales de enfermería son capaces de proporcionar una amplia gama de cuidados e intervenciones independientes...”

“...los profesionales de enfermería, además de tener un mayor contacto en función del tiempo con los pacientes hospitalizados, tienen un acercamiento e interrelación con todos los miembros del equipo de salud de manera cotidiana....”

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

Referencias

1. UNESCO. Guía N° 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas. 1ª ed. París: División de ética de la ciencia y la tecnología UNESCO; 2006.
2. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T. Development of clinical ethics committees. BMJ [Internet]. 2004 [citado 5 diciembre 2017];328(7445):950-952. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC390221/>
3. CONBIOETICA. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. 4ª ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética; 2013.
4. León-Correa F. De la bioética clínica a una bioética institucional y social. Rev. Lat. Bio. [Internet]. 2009 [Citado 5 diciembre 2017]; 9 (16); 56-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rלב/v9n1/v9n1a05.pdf>
5. Miedema F. The nurse's role on the health-care ethics committee. HEC Forum [Internet]. 1993 [citado 5 diciembre 2017];5(2):89-99. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01476543>
6. Needleman J, Hassmiller S. The Role of Nurses in Improving Hospital Quality and Efficiency: Real-World Results. Health Affairs [Internet]. 2009 [citado 5 diciembre 2017];28(4):w625-w633. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.28.4.w625>
7. Shamian J. The role of nursing in health care. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2014 [citado 5 diciembre 2017];67(6):867-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0867.pdf>
8. Gupta J, Falb KL, Ponta O, et al. A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: findings from a cluster randomized controlled trial. BMC Medicine. [Internet]. 2017 [citado 5 diciembre 2017];15:128. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0880-y>

La función educativa de los Comités Hospitalarios de Bioética: una visión crítica

Martha Tarasco Michel

Resumen

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

Palabras clave: antropología, formación, educación.

Introducción al problema

México tiene una gran fortaleza en materia del establecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, debido al decreto del 14 de Diciembre del 2011 en que se indica que deben contar con este tipo de Comités: “Todos aquellos establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud a los que se refieren los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, referidos en la primera disposición general para la integración y funcionamiento de los CHB, de acuerdo al artículo 41 Bis fracción I de la Ley General de Salud (LGS)” (1)

Dichos Comités tienen dos funciones básicas: “... apoyo en la toma de decisiones [en] los dilemas bioéticos que surgen en la práctica clínica y la atención médica, **así como en la docencia**” (1). Sin embargo, el aprovechamiento de esta normativa por los hospitales es inferior a la deseada¹. Y probablemente ello se deba a que bá-

sicamente se carece de un número suficiente de bioeticistas que trabajen en centros hospitalarios, y por ende quienes no tengan ningún conocimiento del área, tendrán un interés limitado, o bien, no tienen la capacidad de detección de dilemas éticos ni de la forma de resolución de los mismos.

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

Aunado a la falta de profesionales en bioética, los miembros de los Comités no reciben ningún tipo de prestación: no en todos los hospitales se apoya con disminución de horas asistenciales, para poder sesionar; ni tampoco a los Bioeticistas profesionales extra hospitalarios se les otorga un salario (2), aunque hayan invertido a veces 5 a 6 años de su vida en estudiar una maestría y un doctorado, y su mera asistencia les implique un gasto de transporte.

Estas dos caras de la moneda sobre el bajo número de Comités Hospitalarios de Bioética registrados en el país, complica la función educativa que éstos deben ejercer en el centro hospitalario. Ya que a menos que se cuente con algún profesional certificado de la Bioética, será un reto adquirir la autoridad moral sobre sus colegas, para impartir educación sobre el tema, aunque haya hecho un gran esfuerzo de auto estudio.

Otro problema en el ámbito de la enseñanza de la Bioética, es el contenido de lo que los Comités deben impartir (3). Hay que considerar que en sí mismos no constituyen un departamento hospitalario, y que las oportunidades de contacto simultáneo con todo el personal del hospital, serán pocas: tal vez alguna sesión general del Hospital, o algunas clases a los residentes e in-

¹ Desde el 2013 a julio del 2017 existen 806 comités hospitalarios de Bioética registrados en la Conbioética http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Listados_Comites/2017/Registros_emitidos_para_CHB_31_julio.pdf

ternos. O durante el análisis de algún dilema, con los servicios involucrados en el caso. Pero finalmente el tiempo para cumplir con la función de enseñanza será muy breve, y por ello el enfoque educativo es primordial, ya que los profesionales de la salud demandan mayor formación en ética (4).

Retos

Tener grandes metas, pero estar aún en el camino de conquistarlas, es lógico. Ya desde 1983 el Hastings Center cuestionaba si el desarrollo de los Comités Hospitalarios de Bioética se estaba dando como lo habían propuesto desde el inicio David Thomasma y Edmund Pellegrino (2, 5). Es evidente que ninguna acción humana es perfecta, y que además las necesidades y circunstancias cambiarán. Por ello, también el tipo de modelo de los propios comités es variable. Pero las funciones de consultoría, que hoy quieren ampliarse a la consultoría individualizada en la cama del paciente, con bioeticistas a tiempo completo (6 – 10), y las educativas, deberán seguir ejecutándose.

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

1. Insistir en el valor de la persona humana tanto en los pacientes como en los médicos, es crucial para cualquier enseñanza de la Bioética. La persona vale por sí misma, y así como no se discrimina por sexo, raza, religión, tampoco se le debe discriminar en cuanto a recibir todo el apoyo para su salud, por edad, estado de salud, o estado de conciencia. En realidad, por ninguna circunstancia (11)
2. Un segundo elemento fundamental es el reconocimiento de que el bien no se limita solo al paciente. El bien, si es un bien humano verdadero y no aparente, permea en todos

los niveles. Cuando se realiza el bien, se perfecciona tanto el que lo realiza, como quien recibe la acción buena. El bien, así entendido, no es algo extrínseco al que realiza la acción.

En este sentido el bien es universalizable. Las acciones que se realizan trascienden al mero actuar médico. Si se realiza una acción correcta, como el prohibir una intervención o autorizar un curso de acción clínica, el beneficio se transmite a todos los niveles, público y privado. De la misma forma en que el mal, también, daña ad intra y ad extra, porque afecta tanto al que lo realiza, como al que lo padece (12).

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

Por este concepto sobre la corporeidad, no basta la solicitud del paciente, para destruirlo: tal sería el caso de la disposición de órganos vitales en un donador vivo, o de autorizar la experimentación en sí mismo, solo por ser una decisión autónoma. Hay límites, que salvaguardan la integridad y la salud. Porque se existe con y a través del cuerpo. Por ello se cuida. La intervención sobre la corporeidad debe de contar con dos requisitos: por un lado intervenir con finalidad terapéutica, aún si se trata de ser sujeto de investigación, y por otro que en dicha

intervención el riesgo siempre sea menor que el beneficio esperado.

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

4. La información médica es proporcionada para el bien del paciente. Se busca no imponer, sino promover o exhortar la colaboración del paciente. La autonomía debe de ser entendida, en esos términos: es verdad que el paciente puede oponerse con razones y pedir explicaciones; y que el médico debe tener su permiso, pero sin negar el daño o bien objetivo. Si un tratamiento es proporcionado, por ejemplo, en todos los elementos, económicos, familiares, capacidad del hospital, etc. en principio debe intentarse. Se pide la colaboración. Aunque es verdad que en última instancia alguien pueda rehusarse. El fin en sí mismo es convencer del bien o del mal a evitar (11).
5. Y por último, un concepto crucial que hay que considerar y transmitir a través de los Comités, es que al no ser equivalentes las normas jurídicas con las éticas, a veces sucede que algo es legal, pero no es ético, y viceversa. En ese principio es crucial revisar y conocer los elementos legales pertinentes a los posibles casos a tratar. Pero no basta con mantenerse dentro de lo jurídico: hay que buscar el bien mayor, y no conformarse con el mínimo común ético: porque se trata de la aplicación de la ética a la vida de un paciente en lo particular. Ello no exige de realizar una revisión profunda y constante, de las Normas Oficiales, porque también es conveniente, para saber los límites jurídicos.

“Las acciones que se realizan trascienden al mero actuar médico. Si se realiza una acción correcta, como el prohibir una intervención o autorizar un curso de acción clínica, el beneficio se transmite a todos los niveles, público y privado.”

En este sentido, a efecto de perfeccionar el actuar intra hospitalario, es conveniente que con cierta periodicidad se reexaminen críticamente, y con realismo, los protocolos del hospital para eliminar muchos inconvenientes. Me permito, sin embargo, recordar que el deber del Comité Hospitalario de Bioética, no es hacer que se cumplan las normas jurídico – administrativas. Para ello ya hay un departamento en cada Hospital. Aunque nunca se debe ignorarlas, para estar dentro del marco legal; pero el objetivo de los comités es aconsejar y difundir el mayor bien ético (13).

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

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

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

La formación extra hospitalaria (14), dependiendo del tipo de hospital de que se trate, compartirla con la institución a la que pertenezca, tanto a través de artículos, como de reportes, por ejemplo. Pero sobre todo tener en cuenta que la Comisión Nacional de Bioética es el órgano más interesado y que mejor podrá redistribuir los logros de cada comité. Así es que generar un acervo de documentos de enseñanza, y compartirlos con la CONBIOETICA es realizar un acto ético que redundará en el mayor bien de todos.

Ahora bien, la formación que debe dar cada comité, también se refiere a la formación de hábitos (15 - 17). La transparencia en la información de lo que hace el comité, por ejemplo, en particular si se ha cometido un error. Serán casos que deben informarse a todo el personal hospitalario. Todos somos susceptibles de equivocarnos. Pero comunicarlo en primera persona, siempre genera confianza y respeto. En este sentido la función formativa también debe abarcar la coherencia y honestidad. Desde la honestidad científica, hasta la coherencia en la conducta con los pacientes y con los colegas.

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

Conclusiones

Los elementos antropológicos y éticos iluminan la razón, y de hecho siempre que se actúa conscientemente, se hace con base en una jerarquía de principios, aunque sea de manera subconsciente. La función educativa de un Comité lleva tiempo, es delicada y no es un mero trámite. Así los Comités de Hospitalarios de Bioética deben

considerar los elementos anteriores respecto a los casos que analicen y a la temática que enseñen. También deben proponer acciones que eleven la atención con los estándares éticos adecuados.

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

La educación o su papel educativo es de distribución o propagación de una conducta ética y de ejemplo. La difusión del conocimiento se refiere a fomentar, explicar y dar a conocer los dilemas éticos con los que se enfrenta, con el objeto de sensibilizar a todos para mejorar su detección, estudio y sobre todo, prevención. Respecto al ejemplo, porque los primeros modelos éticos serán los que emanen de los propios miembros permanentes del mismo. Si no se demuestra carácter ejemplar dentro y fuera del hospital, difícilmente permeará el mejoramiento de todos en su conjunto. Pero además porque en la enseñanza de la Bioética es indispensable conocer los fundamentos teóricos, pero más aún la experiencia práctica de vivir los principios éticos y una antropología que sea coherente con dichos principios. Los Comités deben ser transparentes y cuando detecten debilidades para resolver o implementar alguna medida, desde un código de ética, una mejora de consentimiento informado o cualquier otro punto de conflicto y mejora, deben preguntar y evaluar con otros fuera del mismo comité.

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

Bibliografía

1. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comisión Nacional de Bioética. (Consultada el 3 de agosto 2017). Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
2. Randal J. Are ethics committees alive and well? *Hastings Cent Rep.* 1983 Dic; 13 (6): 10-21.
3. McNeill PM. A critical analysis of Australian clinical ethics committees and the functions they serve. *Bioethics.* 2001. Oct; 15 (5-6):443-60.
4. Colaco KA, Courtright A, Andreychuk S, Frolic A, Cheng J, Kam AJ. Ethics consultation in pediatric and adult emergency departments: an assessment of clinical, ethical, learning and resource needs. *J Med Ethics.* 2017.
5. Thomasma DC. Education of ethics committees. *Bioethics Forum.* 1994. Fall; 10(4):12-8
6. Fiester A. Contentious Conversations: Using Mediation Techniques in Difficult Clinical Ethics Consultations. *J Clin Ethics.* 2015. Winter; 26 (4):324-30.
7. Price DM, Murphy PA Doing ethics at the bedside: reflections on the practice of ethics consultation. *Trends Health Care Law Ethics.* 1995. Fall; 10(4):17-21.
8. Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part 2. *Br J Nurs.* 2016. Feb 11-24; 25(3):156-61.
9. Spike JP Training in clinical ethics consultation: the Washington Hospital Center course. *J Clin Ethics.* 2012. Summer; 23(2):147-51.
10. Burda M. Certifying clinical ethics consultants: who pays? *J. Clin. Ethics.* 2011. Summer; 22 (2):194-9.
11. Lusky R. Educating Healthcare Ethics Committees (EHEC 1992-1996): the evaluation results. *HEC Forum.* 1996 Oct; 8 (5):247-89.
12. Potter RL. Learning to "read/hear": narrative ethics and ethics committee education. *Bioethics Forum.* 1994. Fall; 10 (4):36-40.
13. McCullough LB. Preventive ethics, professional integrity, and boundary setting: the clinical management of moral uncertainty. *J Med Philos.* 1995 Feb; 20(1):1-11.
14. Seidel GD. Assessing the need for bioethics networks. *Pa Med.* 1993 Abr; 96 (4):16-20
15. Domen RE. The Ethics of Ambiguity: Rethinking the role and importance of uncertainty in medical education and practice. *Acad Pathol.* 2016. Jun 16; 3:23.
16. Weber E, Gray S. How should integrity preservation and professional growth be balanced during trainees' professionalization? *AMA J Ethics.* 2017. Jun 1; 19(6):544-549
17. Rohrbaugh R, Kellett A, Peluso MJ. Bidirectional exchanges of medical students between institutional partners in global health clinical education programs: Putting Ethical Principles into Practice. *Ann Glob Health.* 2016. Sep-Oct; 82(5): 659-664.

Cuidado paliativo, bioética y la ley: lo que opinaron los médicos

Robert T. Hall, Ericka Gabriela Campos Pacheco
y Ana Paulina Pérez Audiffred

Resumen

En el campo de cuidado paliativo existe cierta confusión sobre la legalidad y la aceptabilidad ética de los distintos tipos de atención médica. El propósito de este estudio fue descubrir lo que los médicos realmente piensan como un prelude para abordar este problema y mejorar los cuidados paliativos. Mediante un sondeo de médicos practicantes (N = 89) en el Estado de Querétaro descubrimos que los médicos se encuentran divididos en sus opiniones sobre la legalidad de varias prácticas comunes del cuidado paliativo, un porcentaje de los médicos entrevistados consideraron varias de estas prácticas éticamente aceptables, aunque probablemente no legales. Lo anterior tiene consecuencias importantes en la relación médico-paciente respecto al derecho éste último para otorgar o no su consentimiento informado e indicar la necesidad de clarificación legal respecto a lo que es legítimo y lo que no lo es.

Palabras Claves: Cuidado Paliativo, Bioética, Ley de General de Salud, Médicos

Abstract

In the field of palliative care there is some confusion about the legality and the ethical acceptability of various types of medical attention. The purpose of this study was to find out what doctors actually think as a prelude to addressing this problem and improving palliative care. A survey of practicing doctors (N = 89) in the state of Querétaro found that physicians are quite divided in their opinions about the legality of several common practices of palliative care. In fact, a percentage of the interviewed physicians considered several of these practices ethically acceptable although probably not legal. This has important consequences in the doctor-patient relationship with respect to the right of the patient to grant or not their informed consent and indicates the need for legal clarification regarding what is legitimate and what is not.

Key Words: Palliative Care, Bioethics, Health Law, Physicians

Introducción

La adición de un apartado sobre el cuidado paliativo a la Ley General de Salud en 2009¹ y el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos² han allanado el camino para la mejora del cuidado de la salud al final de la vida. No obstante, en el mismo año la organización internacional Human Rights Watch publicó un informe confirmando una queja común en México: el artículo Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México documentó “la falta de acceso de muchos pacientes a medicamentos para aliviar el dolor y otro tipo de asistencia conocida como cuidados paliativos.”³

Reflexionando que en el campo del cuidado paliativo existe cierta confusión sobre la legalidad y diferencias de opinión sobre la aceptabilidad ética de los distintos tipos de atención médica, llevábamos a cabo un estudio empírico. El propósito de este estudio fue descubrir lo que los médicos realmente piensan sobre la legalidad de las prácticas comunes respecto a cuidado paliativo y que piensan éticamente sobre ellas, como un prelude para abordar éste problema y así mejorar la práctica de los cuidados paliativos.

Material y metodología

Para analizar la situación con respecto al cuidado paliativo llevamos a cabo un sondeo breve a una muestra de conveniencia de 89 médicos en el Estado de Querétaro (por más de 20 alumnos de maestría) como médicos practicantes con experiencia en el cuidado paliativo.⁴ Entre los años 2010 y 2014 realizamos un sondeo con médicos respecto a sus opiniones sobre decisiones al final de la vida. El criterio de inclusión consistió en que fuese médico titulado y con práctica relevante al cuidado paliativo. Los médicos seleccionados fueron contactados de manera personal por más que 20 entrevistadores; no se consideró género, especialidad, ni Institución como parámetro de inclusión. El promedio de años de servicio de práctica médica es de diez, con siete médicos que indicaron

menos de tres años y 17 con más de 20 años de experiencia.

La encuesta planteó seis cuestiones relacionadas a cuidados paliativos. En cada una de ellas se cuestionó sobre aspectos relacionados al aspecto legal y ético. Las opciones de respuesta fueron: (1) Sí, (2) Probablemente sí, (3) Probablemente no, y (4) No. Usamos esta escala para ofrecer opciones, en vez de insistir en opiniones de carácter absoluto, y así, permitirles a los entrevistados que llegasen a tener alguna duda, pudieran dar su opinión de mejor manera. No ofrecimos ninguna opción de “No Sé”. Sin embargo, calculamos juntos los del lado afirmativo (Sí y Probablemente sí) y respectivamente a los del lado negativo (Probablemente no y no). Presentamos los casos directamente de nuestra encuesta para que el lector pueda evaluar el instrumento de sondeo.

Resultados.

Puesto que este grupo de médicos no era una muestra al azar, no podemos afirmar que se pueda generalizar estadísticamente los resultados a todos los médicos del Estado -mucho menos a todos del país-. Sin embargo, pensamos que una muestra intencional es apropiada para este estudio⁴ y que los resultados son representativos y relevantes para nuestras conclusiones.

A continuación, se presenta el primer caso que se les dio para su opinión a cada uno de los entrevistados:

Caso I. Rechazo de cirugía y una petición para remover el ventilador

Una paciente está agonizando, víctima de una esclerosis múltiple. La condición de la señora se ha deteriorado a tal grado que ella recientemente ha perdido el control absoluto de sus funciones corporales y ella no puede moverse más si no es con la ayuda de alguien. Inesperada y muy rápidamente, la condición de la señora se deterioró y fue ingresada en el hospital. Fue necesario un ventilador para ayudarle con su respiración. Después de usar el ventilador durante tres semanas, el médico le informó a la señora que pronto iba a necesitar una traqueoto-

mía porque no se podía usar el tubo nasal por mucho tiempo. Después de considerar este procedimiento, ella decidió rechazar la cirugía de traqueotomía y optó por pedirle al doctor que removiera el ventilador.

En lo que respecta, al caso anterior sobre el rechazo de una operación de traqueotomía preguntamos: “¿Cree usted que es legal dejar de hacer la traqueotomía a petición de la paciente?” Y se obtuvieron los siguientes resultados: Los médicos que dijeron que sí es legal: 70%; que no es legal: 30%. A la pregunta “Sin tomar en cuenta la legalidad, ¿Cree usted que es éticamente aceptable cumplir con el deseo de la paciente para rechazar la traqueotomía?” Un 75.6% de los médicos nos dijeron que es éticamente aceptable; para el 24.4 % no es aceptable. La conclusión a esta primera encuesta nos reveló que cinco médicos opinaron que es una opción aceptable dejar de hacer la traqueotomía a petición de la paciente, aunque tenían dudas sobre su legalidad.

Caso II. (El mismo escenario)

Utilizando el mismo caso, ahora preguntamos a los médicos: “¿Cree usted que es legal remover el ventilador a petición de la paciente?” Resultó que: el 41.1% de los médicos opinaron que es legal, mientras que el 58.9% pensaron que no era legal. Sin embargo, a la pregunta “Sin tomar en cuenta la legalidad, ¿Cree usted que es éticamente aceptable cumplir con el deseo de la paciente para remover el ventilador?” los médicos se mostraron casi al revés: un 60% a favor y un 40% en contra. En este segundo escenario existió una diferencia grande de 17 médicos que opinaron que es aceptable éticamente remover un ventilador a petición de la paciente, aunque piensan que probablemente no es legal.

Caso III. Uso de morfina para aliviar el dolor con riesgo de acelerar la muerte del paciente

El paciente tiene muchísimo dolor, debido a un cáncer metastásico de huesos. Para aliviar este dolor, es necesario usar una dosis fuerte de morfina. No se puede curar el cáncer y la muerte del paciente ya está prevista. Cuando los efectos del narcótico

disminuyan, será preciso usar dosis más y más grandes para controlar el dolor, incluso hasta el punto en que la morfina podría empezar a impedir la respiración del paciente, lo cual podría provocar o acelerar su muerte. El paciente desea solamente aliviar su dolor y está enterado de la enseñanza de su fe con respecto a este doble efecto de su petición para el control de su dolor con morfina.

A la pregunta ¿Cree usted que es legal el uso de morfina para aliviar el dolor con riesgo probable de acelerar la muerte del paciente? recibimos 80% respuestas positivas, 20 % negativas. Pero a la pregunta, “Sin tomar en cuenta la legalidad, ¿Cree usted que es éticamente aceptable el uso de morfina para aliviar el dolor con riesgo de acelerar la muerte del paciente? El 94.4% estuvo de acuerdo, mientras el 5.6% en desacuerdo. En este caso hubo 13 médicos pensando que este manejo de dolor es aceptable, aunque posiblemente ilegal.

Caso IV. Rechazo del tratamiento con antibióticos

El paciente tiene cáncer metastásico de estómago, hígado y otros órganos. Se da cuenta de que su condición es terminal y de que no existe ningún tratamiento. El paciente desearía nada más cuidado paliativo en casa para pasar el tiempo que le queda con su familia. Recientemente contrajo una pulmonía. Prefería rechazar el tratamiento con antibióticos, argumentando que prefería morir más rápido debido a la pulmonía, en vez de sufrir una agonía prolongada con el cáncer que padecía.

Con respecto a dejar de administrar antibióticos un 22.2% creyó que era legal y un 77.8% opinó que no lo era. Por contraste, a la pregunta “Sin tomar en cuenta la legalidad, ¿Cree usted que es éticamente aceptable el rechazo del tratamiento con antibióticos por parte del paciente?” un 61.1% respondió que sí, mientras un 38.9% dijo que no. Nuevamente se presentó una diferencia importante del 39% entre los médicos que opinaron que es aceptable éticamente rechazar antibióticos aunque probablemente piensan que no es legal.

Caso V. Rechazo de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Una paciente de 85 años de edad, sufrió tres infartos cardiacos y tiene angina muy grave. Recibió resucitación dos veces por infartos y otra vez por falla cardio-pulmonar. Su médico le dijo que si tuviera más complicaciones, necesitaría un by-pass, aunque el pronóstico no era bueno. La paciente cree que su corazón ha llegado al fin de su vida y no le agrada la idea de cirugía con by-pass. Además, no quisiera RCP nuevamente. Por eso le pidió a su médico que les escribiera una orden a los del hospital y a los paramédicos para que no realizaran RCP.

Un 61.6% de los médicos entrevistados opinó que es legal dejar de usar reanimación cardiopulmonar a petición del paciente, mientras un 38.9% dijo que no es legal. El porcentaje de médicos que creyó que el rechazo de reanimación por parte del paciente es éticamente aceptable fue 87.8% en comparación con un 12.2% opuesto a esta petición. El 26% de los médicos están de acuerdo éticamente con el rechazo de RCP (en un caso en donde el paciente ya ha experimentado este procedimiento tres veces) aunque la aplicación para ellos era probablemente legalmente obligatoria.

Caso VI. Rechazo de nutrición e hidratación artificial

Al paciente se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica (ALS) 30 meses atrás. El nivel funcional del paciente ha declinado a tal grado que no puede dejársele solo. Requiere de ayuda para trasladarse, ir al baño, alimentarse y bañarse. No puede caminar, escribir o usar siquiera la computadora. El paciente siente que él ha llegado a un sufrimiento insoportable, sin esperanza de mejoría alguna. Él cree, que la muerte es el único escape a su sufrimiento. No hay evidencia de depresión clínica o incompetencia. Su esposa cree que su condición está más allá de todo límite humano capaz de ser soportado. Su deseo, con acuerdo de su esposa, es dejar de tomar agua y de comer hasta

que muera. Aunque puede dejar de comer y beber por sí mismo, desea rechazar nutrición e hidratación artificial.

Los resultados a la pregunta “¿Cree usted que es legal dejar de administrar nutrición e hidratación artificial?”: Un 22.2% Sí; 77.8% No. A la pregunta “Sin tomar en cuenta la legalidad, ¿Cree usted que es éticamente aceptable dejar de administrar nutrición e hidratación artificial?” resultó que un 41.1% dijo que Sí; un 58.9% que No.

Aunque el porcentaje de los médicos que estuvieron de acuerdo con la decisión del paciente para rechazar la nutrición e hidratación artificial fue lo más bajo en este sondeo, no obstante 17 médicos estaban moralmente convencidos con seguir respetando los deseos del paciente, aunque pensando que tienen una obligación legal para administrar el tratamiento.

Discusión.

Podemos decir que la interpretación de estos resultados podría llegar a ser bastante subjetiva y que, por supuesto, merece una discusión más amplia. Asumiendo lo anterior, sometimos las siguientes consideraciones basadas sobre todo en comentarios ofrecidos por varios médicos participantes.

Cuando consideramos la suma de todas las respuestas dadas por ellos (90 médicos, que han dado respuesta a 6 preguntas cada uno = 540 respuestas), se consideró legal un 49.4% de las solicitudes realizadas por los pacientes e ilegal un 50.6%. Concluimos que, tomando a los médicos como un grupo, es justo decir que los médicos sencillamente no saben qué es legal y qué no lo es.

De acuerdo con las disposiciones legales federales de la Ley General de Salud referentes a cuidados paliativos, los procedimientos y tratamientos tales como los ejemplificados en

Sondeo Cuidado Paliativo - Opiniones de los Médicos (N=90)

	Legal	Ilegal	Éticamente Aceptable	Éticamente Inaceptable
Rechazo de traqueotomía	70.0%	30.0%	75.6%	24.4%
Remover el ventilador	41.1%	58.9%	60.0%	40.0%
Uso de morfina: beneficio y riesgo	80.0%	20.0%	94.4%	5.6%
Dejar de administrar antibióticos	22.2%	77.8%	61.1%	38.9%
Rechazo de reanimación RCP	61.1%	38.9%	87.8%	12.2%
Dejar nutrición e hidratación artificial	22.2%	77.8%	41.1%	58.9%

Sondeo de cuidados paliativos realizado por los autores

nuestro sondeo son plenamente legales cuando forman parte de un plan de cuidado paliativo. De hecho, nada más uno de estos ejemplos (el respectivo al uso de la morfina) es una intervención médica y ésta tenía la más alta aprobación tanto legal como éticamente admisible. Otros cinco son rechazos o negaciones de tratamientos y la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes⁵, diciembre, 2001, dice claramente que el paciente tiene el derecho de otorgar su consentimiento, o no, a su tratamiento:

El paciente, o en su caso el implicado, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.⁶

“De acuerdo con las disposiciones legales federales de la Ley General de Salud referentes a cuidados paliativos, los procedimientos y tratamientos tales como los ejemplificados en nuestro sondeo son plenamente legales cuando forman parte de un plan de cuidado paliativo.”

En todos los casos hubo médicos que opinaron que estos ejemplos del cuidado paliativo eran éticamente aceptables, aunque pensaban también que eran ilegales. Esto no es una sorpresa desde una perspectiva cultural. Cuando las normas de moralidad están en cambio (en este caso por reconocimiento de los derechos de los pacientes) se debe sospechar que la ley queda

atrás de las opiniones éticas. Las leyes cambian lentamente, aunque en este caso la Carta de Derechos de los Pacientes y la reforma a la Ley General de Salud respecto al cuidado paliativo, son reconocimientos del movimiento social en pro de los derechos de los pacientes.

Las opiniones de los médicos respecto a la legalidad de estas prácticas se encuentran divididas, casi mitad y mitad, están por contraste a un 70% de los casos considerados éticamente aceptables. En todos los casos los médicos consideraban que la práctica en cuestión era más aceptable éticamente que legal y en cuatro de los seis casos hubo una diferencia de más de 18 puntos entre lo que los médicos consideraron éticamente aceptable y los que pensaban que era legal. Otra vez, sin ninguna sorpresa, debido a que las normas de nuestra sociedad —y del mundo— están actualmente en proceso de cambio.

Los casos en los cuales los pacientes rechazaron el uso de antibióticos y nutrición o hidratación artificial mostraron porcentajes muy bajos (22.2% en ambos casos) de quienes opinaron que es probablemente legal. En el caso del uso de antibióticos, que son claramente curativos para tipos de pulmonía y no invasivos, además que se pueden considerar la nutrición e hidratación como “esenciales” para la vida. Sin embargo, esto indica que los médicos no están totalmente de acuerdo con los derechos de los pacientes para denegar su consentimiento a cualquier tratamiento, incluso cuando los pacientes tienen razones buenas para sus decisiones.

La diferencia entre los médicos que consideraron el rechazo de antibióticos legal (solamente un 22.2%) y los que lo consideraron éticamente aceptable (un 61.1%) es bien notable. Podría ser que los médicos consideren que la pulmonía es tratable, y por eso, su obligación es un mandato, aunque piensan por igual que este paciente tiene una intención razonable en rechazar el tratamiento. O quizás los médicos tendían a considerar que entre más invasivo sea el tratamiento (la traqueotomía y la RCP), más pacientes tendrán el derecho de rechazar los procedimientos, aunque el uso de los antibióticos no es invasivo.

Además, existen opiniones éticas fuertes al respecto. En el pasado se consideraba que el rechazo del tratamiento o dejar de administrarlo era caso de suicidio o suicidio asistido e inaceptable éticamente. Sin embargo, la mayoría de los bioeticistas y la mayoría de los casos adjudicados (en varios países) han tomado la postura de que en estos casos (incluyendo, por ejemplo, el retiro de un ventilador) los pacientes mueren finalmente debido a su enfermedad o su condición y no por el acto de rechazo o retiro del tratamiento.

Respecto al rechazo de alimentación e hidratación artificial el único caso con menos de un 50% de aprobación ética (con sólo un 41%) lo anterior es probablemente debido a que mucha gente considera que la alimentación es un derecho “natural” y no un tratamiento médico. Sin embargo, la administración de la nutrición e hidratación artificial es definitivamente un procedimiento médico.

La práctica con mayor aprobación ética es el uso de morfina para aliviar el dolor (94.4%). Es posible que éste sea el caso más común del sondeo, que los médicos entrevistados hayan tenido más experiencias y que muchos apliquen el principio de doble-efecto. Además, no es totalmente cierto clínicamente que el uso de morfina de esta manera vaya a inhibir la respiración suficientemente como para provocar la muerte del paciente. El caso del uso de morfina es el único asunto incluido en este sondeo que es un caso de la administración de un tratamiento; en los otros casos se trata del rechazo o dejar de administrarlo.

Aparte del uso de morfina, las prácticas que los médicos consideraban que los pacientes tendrán el derecho a rechazar son los procedimientos más invasivos la traqueotomía y la RCP. Esto indica, en nuestra opinión, que entre los médicos está creciendo el respeto por el derecho de los pacientes para rechazar procedimientos invasivos cuando se les consideraban fútiles.

Finalmente, notamos que la incertidumbre de los médicos respecto a la legalidad de estos ejemplos de cuidado paliativo lleva una influencia importante en la relación médico-paciente

relacionado al consentimiento informado. Desde la perspectiva bioética o de derecho-paciente, notamos que si los médicos no saben exactamente qué es legal y qué no lo es, ¿Cómo van a avisar a los pacientes cuáles son sus opciones y qué pasa con el derecho de consentimiento informado? De hecho, anecdóticamente, varios médicos nos han dicho que normalmente los médicos no platican con los pacientes sobre estos asuntos. Por ejemplo, no explican las opciones del uso de dosis más fuertes de la morfina con efecto de reducir la alerta y consciencia del paciente. Quizás algunos pacientes prefieran el alivio de su dolor y otros elijan tolerar más dolor para quedarse alerta para relacionarse con sus parientes. Pero si los médicos no explican a los pacientes las opciones legales y sus efectos secundarios, no existe consentimiento válidamente informado. De hecho, en nuestra opinión respecto a estos tipos de casos de cuidado paliativo, nos enfrentamos tanto a una inseguridad de parte de los médicos sobre qué es legal como a una “conspiración de silencio” en la relación médico-paciente que inhibe el derecho de los pacientes para decidir libremente con consejo médico apropiado sobre su tratamiento.

“...notamos que la incertidumbre de los médicos respecto a la legalidad de estos ejemplos de cuidado paliativo lleva una influencia importante en la relación médico-paciente relacionado al consentimiento informado.”

Sin embargo, aunque un problema en el ámbito de la relación médico-paciente es no informar a los pacientes adecuadamente sobre las opciones que tienen, no es totalmente justo culpar a los médicos, porque existe una incertidumbre legal. Es un conflicto de leyes lo que provoca

el problema. Se debe reconocer que en varios Estados de México es posible interpretar su Código Penal de una manera que indique que tales procedimientos y rechazos de tratamientos constituyan un abandono del paciente. No sabemos, evidentemente, qué vaya a opinar cada procurador estatal. Pero afirmar que estos son casos de abandono, es éticamente incorrecto, porque seguir con un plan de cuidado paliativo por petición del paciente no implica el abandono del paciente. Con el propósito de remover esta amenaza de los médicos, en la práctica de cuidado paliativo, propongamos que es más apropiado hacer cambios en las leyes respecto al abandono médico. Por supuesto, el abandono debe seguir tipificado como delito.² No obstante, los Códigos Penales deben clarificar que cuando la atención médica conforme a un plan de cuidado paliativo para un paciente escrito como orden clínica, con consentimiento informado del paciente o su representante, no puede aplicar el concepto de abandono al cuidado conforme con esta directriz.

Conclusiones

Respecto al cuidado paliativo, existe incertidumbre en las mentes de los médicos sobre cuáles tratamientos y procedimientos del cuidado de la salud al final de la vida son legales y cuáles no lo son. Parte de estas dudas se deben a la posibilidad, incluso sea remota, que un médico puede encontrarse acusado de abandono de un paciente. Se necesita mayor legislación para clarificar esto. Muchos médicos piensan que varios tratamientos comunes de cuidado paliativo son éticamente aceptables, aunque posiblemente ilegales. Por incertidumbre sobre la ley y los derechos de pacientes para rechazar tratamientos es probable que muchos médicos no discutan francamente con sus pacientes sobre opciones y esto es contrario al concepto de consentimiento informado.

Bibliografía

(Endnotes)

1 DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. Diario Oficial de la Federación. 2009

(consulta 15 de noviembre de 2016). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref39_05ene09.pdf

2 Consejo de Salubridad General. ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. Diario Oficial de la Federación. 2014. (consulta 15 de noviembre de 2016). Disponible en: www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5377406

3 México: Sufrimiento innecesario al final de la vida. Human Rights Watch. 2014 (consulta 19 de julio de 2017). Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2014/10/28/mexico-sufrimiento-innecesario-al-final-de-la-vida>

4 Ilker Etikan, Sulaiman Abubakar Musa, Rukayya Sunusi Alkassim. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. American Journal of Theoretical and Applied Statistics. [Internet] Vol. 5, No. 1, 2016, pp. 1-4. doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.11 [consulta el 19 de julio de 2016]. Disponible a: <http://article.sciencepublishinggroup.com/html/10.11648/j.ajtas.20160501.11.html>

5 Secretaría de Salud. Carta de los derechos generales de los pacientes. Rev. Enferm. IMSS 2002; 10 (2): 103-105. Diciembre, 2001 [consulta 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim022h.pdf>

6 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación. (Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1).

7 Anteproyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 "Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente". 1995. Apartado C del punto número 10. (consulta 19 de julio de 2016). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim022h.pdf>

Registro y renovación de los Comités Hospitalarios de Bioética

Elizabeth Rojas Serafín

Los Comités Hospitalarios de Bioética surgen en la segunda mitad del siglo XX con el propósito de implementar mecanismos formales encaminados a resolver los dilemas bioéticos que se presentan en la práctica de la medicina.¹ La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ha señalado que los Comités de Ética Médica y Hospitalaria o Comités Hospitalarios de Bioética como se denominan en México, tienen como objetivo mejorar los servicios de atención a la salud, así como implementar políticas que influyan de manera directa a la atención a los pacientes, que fomenten el respeto a la dignidad y el reconocimiento de los principios bioéticos del paciente para participar en su tratamiento y tomar decisiones informadas.

La Comisión Nacional de Bioética promueve la integración y funcionamiento de los Comités hospitalarios de Bioética (CHB) en los establecimientos de atención médica del sector público, social y privado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 41 bis de la Ley general de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 12 de diciembre de 2011.

En la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de Comités hospitalarios de Bioética, se define a los comités como espacios de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y tolerancia, en los que se analizan de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que surgen durante el proceso de atención médica y docencia en el área de la salud. Se conforman como órganos autónomos, multidisciplinarios, plurales y de carácter consultivo.

Los principales objetivos de los CHB son:

- 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.
- Fungir como foro para la reflexión de problemas y casos bioéticos.

- Promover la participación de la población en el debate de los problemas bioéticos.

Estos Comités tienen tres funciones: consultiva, orientadora y educativa.

1. Función consultiva. Por solicitud expresa del personal de salud, el paciente, sus familiares o representante legal, analizan casos clínicos en donde existan conflictos de valores o dilemas bioéticos para la emisión de recomendaciones para los consultantes.

2. Función orientadora. Para anticiparse a las problemáticas que derivan en conflictos de valores o situaciones dilemáticas, se contempla el establecimiento de políticas y procedimientos de toma de decisiones o consentimiento informado al interior de los hospitales, así como la participación en la revisión de aspectos bioéticos involucrados en la donación y trasplantes de órganos y tejidos.

3. Función educativa. Establece la capacitación en materia de bioética como una actividad necesaria para el propio comité y el persona, así

“La CONBIOÉTICA promueve la integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, en los establecimientos de atención médica del sector público, social y privado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 41 bis de la Ley General de Salud...”

como la difusión de temas pertinentes sobre bioética clínica entre los pacientes y sus familiares.²

Los CHB deberán fomentar el respeto a los Derechos Humanos; el reconocimiento de la dignidad de los individuos; promover la educación del personal de salud; auspiciar el respeto a la autonomía de los pacientes mediante el consentimiento informado, entre otras acciones que tiendan a mejorar la calidad de la atención en salud.

La responsabilidad de la toma de decisiones es del paciente o sus familiares, en conjunto con el equipo de salud, los CHB no deciden por el enfermo, sus familiares o médicos, son comprendidos como una guía y un apoyo para la toma de decisiones emitiendo recomendaciones bajo principios y valores éticos.

“La responsabilidad de la toma de decisiones es del paciente o sus familiares, en conjunto con el equipo de salud, los CHB no deciden por el enfermo, sus familiares o médicos, son comprendidos como una guía y un apoyo para la toma de decisiones, emitiendo recomendaciones bajo principios y valores éticos...”

-Registro de los Comités Hospitalarios de Bioética

La Comisión Nacional de Bioética otorga el registro a los Comités Hospitalarios de Bioética de conformidad con lo establecido en la Disposición Primera del Acuerdo por el que se emite las Disposiciones Generales para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos.³

En función de los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, deberán integrar un CHB los establecimientos a los que hacen referencia los artículos 69 y 70 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. El Registro tiene por objeto la compilación de información inherente a la integración y funcionamiento del Comité con fines estadísticos y de seguimiento.

A partir de 2013 y hasta noviembre de 2017 la CONBIOÉTICA ha otorgado 843 registros a CHB con apego a la normatividad vigente a nivel nacional en todas las instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud.

El registro tiene vigencia de tres años, la solicitud de renovación del registro deberá remitirse dentro de los 30 días hábiles anteriores al vencimiento de la vigencia.

A partir de 2016, año en que inició la renovación de los registros la CONBIOÉTICA ha renovado el registro de 201 Comités Hospitalarios de Bioética.

Con el objetivo de recabar información de manera retrospectiva, relativa a la integración y funcionamiento de los comités, la CONBIOÉTICA ha diseñado e implementado una cédula de control y seguimiento de actividades, que se envía a los comités anualmente mediante un formulario electrónico.

El análisis de la información obtenida permite fortalecer la planeación de estrategias de apoyo, colaboración y detección de necesidades de capacitación continua de los integrantes de los comités.

Tabla 1. Registro Nacional de CHB por institución en el Sistema Nacional de Salud. 2013-2017 (n=828)

Sector	Institución	No. CHB
Público	Servicios Estatales de Salud (SESA)	330
	Secretaría de Salud-CCINSHAE	24
	IMSS	211
	ISSSTE	30
	PEMEX	13
	SEDENA	7
	SEMAR	2
	Hospital Universitario	1
Privado	Hospital Privado	208
Social	Asociaciones	2
T O T A L		828

Fuente: Registro CONBIOÉTICA, elaboración propia al corte de Sept, 2017

NOTAS

¹ Anne Slowther, Carol Johnston, Jane Goodall, Tony Hope, "Development of clinical ethics committees", British Medical Journal (Clinical Research Ed), No. 7445 Vol. 328 (Apr 17; 2004): 950-952

² Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México: Secretaría de Salud (2015)

³ Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad a los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación 31/10/2012

Conversación con Ruth Macklin: *Bioética, derechos humanos y vulnerabilidad*

Profesora emérita del departamento de Epidemiología y Salud Pública
del Albert Einstein College of Medicine, de Nueva York, Estados Unidos de América



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

Las costumbres tradicionales están muy fuertes en muchas culturas. Es difícil cambiar dichas costumbres, especialmente donde los líderes están poderosos. Además, existe una creencia en algunas comunidades que los derechos humanos son creaciones de la sociedad moderna y 'occidental' y por eso, no pertenecen a las culturas tradicionales. Creencias como estas son barreras al reconocimiento a los derechos humanos.

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

Es verdad que algunas sociedades tradicionales frecuentemente limitan los derechos humanos de las mujeres. Esto existe aún en países que han firmado y ratificado el tratado CEDAW (siglas en inglés)--La Convención de las Mujeres de las Naciones Unidas. Un ejemplo es el ritual de 'mutilación femenina'. La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que este ritual es una

violación de los derechos humanos de las mujeres. Un buen indicio es que en algunas sociedades de este tipo, las mujeres más jóvenes rehusan participar en este ritual con sus niñas.

3. ¿Cuál ha sido el uso del término *dignidad humana* y qué noción es la más acertada?

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

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

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

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

En general, la vulnerabilidad es una debilidad de alguno tipo. Existen varias características y situaciones que pueden hacer vulnerables

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

“...existe una creencia en algunas comunidades que los derechos humanos son creaciones de la sociedad moderna y occidental y por eso no pertenecen a las culturas tradicionales. Creencias como esta son barreras al reconocimiento a los derechos humanos...”

6. Desde su perspectiva ¿existen grados de vulnerabilidad? ¿por qué?

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

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

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

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

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

9. ¿De qué manera se podrían balancear los beneficios y el acceso a medicamentos en países en vías de desarrollo que participen en las investigaciones?

Las guías de ética dedicadas a las investigaciones multinacionales tienen pautas re-

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

Las Pautas de CIOMS tienen Pauta 2 con el título: Las Investigaciones Realizadas en los Contextos con Recursos Bajos. Dice “... los investigadores, y la autoridad relevante de la salud pública debe asegurar que la investigación responda a las necesidades de salud o las prioridades de las comunidades o las poblaciones donde se realizará la investigación. Los patrocinadores y los investigadores también deben hacer todos los esfuerzos...hacer disponible tan pronto como posible cualquier intervención o producto y conocimiento que resulta a la población o a la comunidad donde se realiza la investigación.”

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

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

11. En relación con la reproducción humana, ha existido un avance en el reconoci-

miento de la toma de decisiones de las mujeres en torno a su cuerpo, en su opinión ¿cuál es el principal argumento para sustentarlo?

Creo que ha existido un avance, sin embargo hay mucho espacio para mejorarlo. En algunos lugares, el rol del esposo de la mujer permanece prominente. También, las decisiones de los médicos pueden superar los deseos de las mujeres. El principal argumento es basado en el principio ético, respeto por la autonomía de las personas. Este principio fundamental aplica igualmente a las mujeres y a los hombres. Respeto por los derechos de las mujeres igualmente a los de los hombres, es consagrado en el documento de los derechos humanos CEDAW--la Convención de las Mujeres.

“El papel principal de los comités de ética es proteger los derechos y bienestar de los sujetos y la población involucrada en las investigaciones.”

12. ¿Considera necesaria la existencia de Comités Hospitalarios de Bioética, especializados en reproducción humana asistida? ¿Por qué?

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

Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la prestación de servicios de salud

Uria Guevara López, Nelly F. Altamirano Bustamante
y Myriam M. Altamirano Bustamante

El fortalecimiento del binomio medicina basada en evidencias - medicina basada en valores (MBE-MBV) es el desafío de la medicina del siglo XXI para la humanización de las instituciones sanitarias y del personal de salud¹⁻⁹. Como respuesta a este reto, el Instituto Mexicano del Seguro Social creó e implementó el Centro Interdisciplinario para el Estudio y tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos CIETD-CP en la UMAE Hospital de Ortopedia del IMSS, a cargo del Dr. Uria Guevara y su equipo transfuncional integrado por Dra. María Concepción Serratos, Dra. Griselda Díaz de León Ponc. Enfermera Carmen Vicente y la Psicóloga Graciela García Reyes.

Para que el fortalecimiento del binomio MBE-MBV enfatice el profesionalismo, el humanismo, y la primacía de la clínica, pueden existir muchas líneas de acción, una de ellas es la educación continua en valores del personal de salud a través de esta gaceta de CONBIOÉTICA. La Bioética en Tiempo Real (BTR) que se centra en el paciente, en su persona, y en las preocupaciones de los familiares, está en sus primeras fases en México y en el mundo. **Bioética en tiempo real**, es la rama de la ética que determina normas y valores que permiten el desarrollo de prácticas -éticamente aceptables- realizadas por los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, y todo el personal sanitario) en el abordaje del paciente en un tiempo particular ("on-the-fly"), inmediato y simultáneo a la atención clínica del paciente (Lizárraga y col. En prensa).

En este artículo presentamos la dinámica integral de del discernimiento ético de un caso típico de la unidad de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos realizado en una serie de sesiones de trabajo conjuntas de los autores.

¿Cómo prepararnos para realizar un discernimiento ético de los dilemas de la práctica clínica?¹⁰

Desde el binomio MBE-MBV estos son los componentes:

a) Conocimientos profundos de la fisiopatología de la enfermedad y alternativas terapéuticas reales disponibles (MBE).

- b) Conocer la normatividad que rige nuestra práctica clínica (MBV).
- c) Incrementar nuestra familiaridad con las principales teorías éticas (MBV).
- d) Desarrollar nuestras habilidades para analizar y discernir dilemas éticos (MBV).

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

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

Discernimiento ético



En la Figura 1 se muestra la dinámica de la deliberación ética hasta llegar a una decisión.

La piedra angular como todo en medicina es la historia clínica, que se resume para ilustrar este caso.

Niña de 14 años, con antecedentes de hipoxia al nacimiento por traumatismo craneoencefálico, genéticos Sx. de Turner diagnosticado hace 4 años. Enfermedades propias de la infancia, Quirúrgicos: apendicetomía 3 años atrás, vive con madre y dos hermanos por separación paterna, encontrándose en juicio legal para pago de pensión alimentaria, recibe apoyo financiero de su madrina.

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

En Agosto aparece tumefacción en región medial de rodilla derecha, indurada dolorosa con aumento paulatino de tamaño; por tal motivo la madre le procura evaluación médica en clínica privada en donde efectúan de Rx de rodilla derecha e inician tratamiento sintomático con analgésicos y se envía a la Unidad Medico Familiar UMF en donde se diagnostica tumor óseo refiriéndola a la consulta externa del servicio de tumores óseos, para evaluación por medico ortopedista quien indica estudios complementarios para diagnostico final.

Reingresa a hospitalización de tumores óseos el 24/09/2010 con dolor intenso solicitándose interconsulta a la clínica de dolor con EVA 8/10 y Escala Verbal Análoga (EVERA) severo, continuo con exacerbaciones y paroxismos (sensación de descarga eléctrica). Se inicia analgesia con tramadol IV 120 Mgs para 24 hrs. más recates, paracetamol 1G cada 8 h y carbamazepina 50 mg cada 8hrs. orales lográndose control del dolor.

El 29/09/2010 se realiza biopsia incisional con estudio histopatológico transoperatorio reportándose malignidad. Continúa hospitalizada con control de dolor post operatorio a base de - tramadol y paracetamol. El 12/10/2010 el servicio de patología emite el diagnóstico definitivo de la biopsia "Osteosarcoma Condrolástico y Osteoblástico de fémur distal derecho, sin metástasis, por lo que es enviada al hospital de oncología, en donde le aplican 6 ciclos de quimioterapia (metotrexate y cisplatino), es contra referida al servicio de tumores óseos para tratamiento exicional. El 17/03/2011 se solicita nueva interconsulta a clínica de dolor para tratamiento del dolor instalando esquema analgésico con opiáceos leves (tramadol IV) y paracetamol oral y rescates nocturnos. El día 19/03/2011 se efectúa angiotac y resonancia magnética nuclear, reportándose com-

promiso de paquete vascular, partes blandas y hasta tercio proximal de fémur. Al interrogar el paliativista su estado de ánimo por su próxima cirugía, responde preguntando ¿que me van a hacer?, ¿solo me van a quitar un pedazo de lo malo, verdad? Refiriendo ansiedad y angustia al equipo de atención paliativa quien instala apoyo psicoafectivo.

Para el discernimiento ético usaremos el método integral que se ilustra en la Figura 2 y cuyo protocolo seguiremos:

1. ¿Cuál es el hecho?

Paciente de 14 años, con 1 año de evolución de osteosarcoma condrolástico y osteoblástico de fémur distal derecho, que inicia con dolor severo EVA 8/10. Se decide intervención quirúrgica para la desarticulación de miembro pélvico derecho.

Al preguntar cómo se siente en relación a su próxima cirugía, la paciente responde ¿qué me van a hacer?, ¿sólo me van a quitar un pedazo de lo malo, verdad?

2. ¿Cuál es el BIEN que se busca?

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

3. ¿Quiénes son los depositarios del BIEN?

La paciente.

Su familia: madre, hermano

Los médicos, enfermeras y personal de salud del hospital.

4. ¿Cuáles son las circunstancias y costos?

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

Preservar la vida.

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

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

6. Análisis Ético

Visión Utilitarista

El mayor beneficio o bienestar agregado es la preservación de la vida de la paciente

Desde el punto de vista del personal de salud el beneficio es mayor que el riesgo.

Por lo que desde el punto de vista de costo beneficio la desarticulación de miembro pélvico derecho es lo más adecuado. Se evitan gastos de hospitalización por tiempo prolongado. Al algólogo no le corresponde dar el DX ni explicar el tratamiento quirúrgico.

Visión Deontológica

El deber del médico y del personal de salud es la preservación de la vida y por lo tanto cumplen con su deber al buscar las condiciones terapéuticas que garanticen una adecuada calidad de vida, por lo tanto tiene que intervenir un equipo transfuncional en el TX. La paciente hace efectivo su derecho a la autonomía, subsidiariedad y universalidad. Al querer conocer que le van a hacer?

El médico algólogo debe buscar a todos los médicos tratantes y juntos explicar a la paciente y a sus familiares su diagnóstico, el tratamiento y sus implicaciones para la vida y proyectar el cambio en su estilo de vida.

Visión Aretológica

La pregunta esencial es ¿estoy evitando el mal? Algo es bueno si perfecciona, si planifica la naturaleza inherente del que actúa. El tratamiento oportuno planificará a la paciente, y para el personal de salud también habrá un

perfeccionamiento puesto que cumplen con su vocación al servicio de la vida.

Se da prioridad a la sindéresis, la integridad, la proporcionalidad y la virtud.

Todo el equipo médico tratante debe hablar con la paciente y explicarle el diagnóstico, TX e implicaciones para proyectar y aceptar el cambio de su estilo de vida

Visión Integral

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

Resultado

El algólogo- paliativista decidió evitar decirle directamente el procedimiento quirúrgico que se le efectuara. Aunque lo contempló como una posible opción, le dijo que entendía su sentimiento y le explicó que es más importante preservar la vida aunque nos falte alguna parte del cuerpo; que existen valores en su persona mucho más importantes que alguna parte de su cuerpo y que lo más importante es que podía disfrutar de su vida adaptándose a las circunstancias.

Al inicio la paciente lloró, pero dijo que estaba bien, aceptaba la posibilidad de una amputación o desarticulación en caso de que se llevara a cabo.

El algólogo convocó al grupo de médicos tratantes y se le explicó a la paciente el tratamiento.

El 28/03/2011 el grupo quirúrgico de tumores óseos efectúa desarticulación de miembro pélvico derecho por lo que el EDCP trata el dolor postoperatorio con infusión IV de morfina, analgésicos orales y paracetamol. Se da alta por el servicio quirúrgico sin dolor EVA de 0, / EVERA sin dolor ni efectos secundarios por la medicación, se da cita abierta al CIETDCP y seguimiento por vía telefónica.

Durante tres meses posteriores a la cirugía asiste regularmente a consulta del CIETDCP-CP en donde se confronta a su diagnóstico y pronóstico generándose cuadro de depresión, ansiedad, enojo por la amputación practicada y duelo no resuelto.

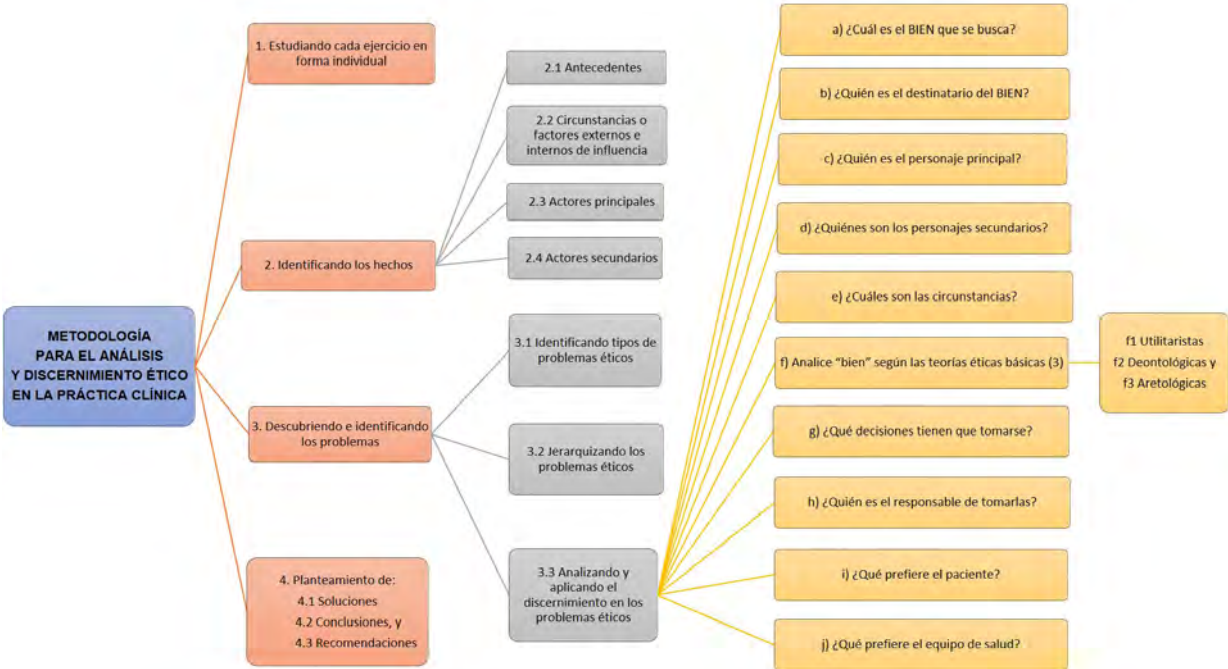
Se continúa con apoyo interdisciplinario a paciente y familia en domicilio por psicología durante seis meses por médico paliativista, enfermería y trabajo social por referir dolor, deterioro progresivo, presencia de síntomas respiratorios, neurológicos y emocionales.

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

7. Conclusiones finales

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

Metodología para el análisis y discernimiento ético en la práctica clínica



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

Agradecimiento

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

Bibliografía

1. de Hoyos A, Monteón Y, Altamirano-Bustamante MM. Reexamining Healthcare Justice in the Light of Empirical Data. *Bioethics*. 2015;29(9):613-621. doi:10.1111 / bioe.12188.
2. Calleja-Sordo EC, de Hoyos A, Méndez-Jiménez J, et al. Novel ethical dilemmas arising in geriatric clinical practice. *Med Health Care Philos*. 2015;18(2):229-236. doi:10.1007/s11019-014-9593-6.
3. Guevara-López U, Altamirano-Bustamante MM, Viesca-Treviño C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):11. doi:10.1186/s12910-015-0003-2.
4. Nava Diosdado R, Flores Cisneros C, Méndez Jiménez J, et al. Valores en Medicina: etnografía de sus representaciones en un hospital de cardiología en México. *Cuicuilco*. 2011;18(52):115-132.
5. Altamirano-Bustamante MM, Altamirano-Bustamante NF, Lifshitz A, et al. Promoting networks between evidence-based medicine and values-based medicine in continuing medical education. *BMC Med*. 2013;11:39. doi:10.1186/1741-7015-11-39.
6. de Hoyos A, Nava-Diosdado R, Mendez J, et al. Cardiovascular medicine at face value: a qualitative pilot study on clinical axiology. *Philos Ethics Humanit Med*. 2013;8:3. doi:10.1186/1747-5341-8-3.
7. Peile E. Evidence-based medicine and values-based medicine: partners in clinical education as well as in clinical practice. *BMC Med*. 2013;11:40. doi:10.1186/1741-7015-11-40.
8. Fulford KWM. The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(5):976-987. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01732.x.
9. Fulford KWM. Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health Initiatives in the "Personalization" of Care. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):341-343. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01578.x.
10. Altamirano Bustamante NF, Bobadilla Aguirre A, Altamirano Bustamante E, et al. ¿Cómo prepararnos para la deliberación ética en la práctica clínica en pediatría? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;67(3):188-195.

Metodologías para deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos

Salvador Alcaraz Nava

A partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2011, particularmente con la adición del Artículo 41 bis, fracción I, se estipula que los establecimientos de atención médica deben contar con un Comité Hospitalario de Bioética, que dentro de sus principales funciones tiene el “apoyo en la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica”¹.

En este sentido, un Comité Hospitalario de Bioética debe contar con las herramientas necesarias para poder emitir recomendaciones en relación con un caso clínico que presente un dilema bioético, es decir, que contemple conflictos de valor. Esto en la medida en que la función consultiva de un CHB consiste en analizar “el caso desde diversas metodologías que permitan una visión objetiva, propiciando el razonamiento y la fundamentación para cada caso”².

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

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

cabo el análisis de casos clínicos con dilemas bioéticos, dichos pasos son los siguientes³:

1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.
2. Discusión de los aspectos médicos de la historia.
3. Identificación de los problemas morales que presenta.
4. Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir.
5. Identificación de los cursos de acción posibles.
6. Deliberación del curso de acción óptimo.
7. Decisión final.
8. Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

Esta metodología deliberativa de Diego Gracia permite un estudio minucioso de los hechos clínicos, donde la calidad ética de los cursos de acción que se obtengan del análisis puede evaluarse mediante las siguientes dos fases⁴:

I. Contraste del curso de acción con los principios morales:

1. Análisis de los principios involucrados en el caso: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia.
2. Identifica los conflictos entre valores o principios. (El siguiente esquema muestra estos puntos mencionados)

II. Evaluación de las consecuencias previsibles:

¹ Ley General de Salud http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf (consultada el 30 de septiembre de 2017).

² *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética* (México: Secretaría de salud / Comisión Nacional de Bioética, 2015), 18.

³ Diego Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Medicina Clínica* (2001), 20.

⁴ Diego Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Medicina Clínica* (2001), 22.



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

que son *prima facie*, es decir, siempre obligan por igual, a menos que entren en conflicto. Al presentarse un conflicto no hay un principio que prevalezca sobre los demás, y para resolverlo se debe analizar cada principio tomando en cuenta el contexto hasta determinar uno como preponderante.

Con base en los cuatro principios desarrollados por Beauchamp y Childress, para deliberar un caso clínico se requiere distinguir cuatro escalones o niveles jerárquicos, en donde los niveles inferiores encuentran su justificación en los superiores, teniendo, desde la cúspide hasta la base: teorías éticas, principios, reglas, juicios particulares y acciones⁵.

Aunado a ello, los autores postulan que los principios y las virtudes se necesitan mutuamente. A continuación se muestra una tabla con los elementos a analizar en una deliberación clínica⁶:

Elementos a analizar en una deliberación clínica

PRINCIPIOS	VIRTUDES CORRESPONDIENTES
respeto a la autonomía	respeto o deferencia
no-maleficencia	no-malevolencia
beneficencia	benevolencia
justicia	justicia
REGLAS	
veracidad	sinceridad
confidencialidad	confidencialidad
privacidad	respeto a lo privado

Tom Beauchamp y James Childress, en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, el texto más influyente del movimiento bioético norteamericano, desarrollan lo que se conoce como metodología principialista, la cual consiste en un sistema teórico práctico basado en cuatro principios (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), mismos

⁵ Pablo Requena Meana, "El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica" (tesis de doctorado, Roma, 2005), 25.

⁶ Pablo Requena Meana, "El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica" (tesis de doctorado, Roma, 2005), 126.

Albert Jonsen, escritor norteamericano y autor del libro *Ética clínica*, desarrolló una metodología casuística que consiste en una ética de casos mediante “four topics”, es decir, los cuatro tópicos, parámetros o temas principales de dicha metodología. Para cada tópico Jonsen

propone una serie de planteamientos como guía para llevar a cabo la reflexión, análisis y deliberación de los casos clínicos con dilema bioético. Estos cuatro tópicos son: indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y contexto⁷.

“...la metodología principalista consiste en un sistema teórico-práctico basado en cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia...”

Indicaciones médicas

1. Diagnósticos y problemas médicos
2. Pronóstico
3. ¿Es problema agudo?, ¿crónico?, ¿crítico?, ¿reversible?, ¿terminal?
4. Objetivos del tratamiento
5. Probabilidad de éxito
6. ¿Qué se hará si se fracasa?
7. ¿Cómo se beneficiará al paciente y se evitará dañarlo?

⁷ Juan Pablo Beca Infante. “La toma de decisiones en ética clínica” (conferencia presentada en el “Seminario de Ética Clínica”, 28 de septiembre, 2011), 200.

Preferencias del paciente

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

Calidad de vida

1. Probabilidad de recuperar calidad de vida previa, con y sin tratamiento
2. ¿Hay sesgos en la evaluación de calidad de vida que realizan los profesionales?
3. ¿Qué déficit mental, físico o social puede producirse después del tratamiento?
4. ¿Puede considerarse como indeseable la condición actual o futura?
5. ¿Hay planes para limitar tratamientos?
6. ¿Hay planes de apoyo y cuidado paliativo?

Contexto

1. ¿Hay hechos familiares que influyen en las decisiones?
2. ¿Hay intereses médicos que influyen?
3. ¿Hay factores económicos que influyen?
4. ¿Qué factores religiosos o culturales hay?
5. ¿Hay problemas de asignación de recursos?
6. ¿Hay consecuencias legales en las decisiones?

7. ¿Es un caso de investigación?

8. ¿Hay conflictos de interés?

La UNESCO ha establecido una metodología para que los miembros de un Comité de Ética Asistencial puedan analizar y deliberar casos clínicos con dilemas bioéticos, estableciendo nueve puntos importantes⁸:

1. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso
 - a) diagnóstico del paciente y lista de problemas
 - b) pronóstico del paciente
 - c) opciones de tratamiento
 - d) políticas, prácticas y reglamentación de la institución asistencial pertinentes al caso
 - e) exploración de casos similares abordados en el pasado
2. Identificar las perspectivas de los principales interesados
 - a) determinar si alguno ha sido objeto de coacción
 - b) determinar los valores y preferencias del paciente en el contexto específico de la atención a la salud
 - c) esclarecer las contribuciones de tomadores de decisión nombrados conforme a la ley
 - d) organizar al equipo asistencial y examinar la situación del paciente
3. Formular cuestiones y dilemas bioéticos
4. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente
5. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno.
6. Establecer un plan de implantación
 - a) pasos a seguir
 - b) procedimientos para comunicar asesorías, recomendaciones o decisiones
 - c) procedimientos para documentar asesorías, recomendaciones o decisiones (historia clínica y expediente médico del paciente)
7. Vigilar el efecto del plan sobre el paciente y revisarlo en caso necesario
8. Evaluar los procedimientos de revisión del caso
 - a) enumerar los procedimientos y políticas que necesiten revisión
 - b) disponer la presentación del caso como parte de la educación continua del personal en materia de bioética
 - c) solicitar a los interesados que evalúen el proceso de revisión
9. Establecer un archivo de revisiones de casos para consulta futura

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

⁸ UNESCO. *Guía No. 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas* (París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2006), 74-75.

Novedades editoriales de la biblioteca de la CONBIOÉTICA

The Past, Present, and Future of Mexico's National Bioethics Commission

Manuel Ruiz de Chávez; Aidée Orozco; Gustavo Olaiz Hastings Center Report 47 May 2, 2017: S31-S34.

La creación de la Comisión Nacional de Bioética de México en 1992, se concibió en el contexto de un movimiento global que ha buscado crear conciencia sobre las implicaciones éticas del desarrollo tecnológico y científico, especialmente en la biomedicina. En 2005, un nuevo decreto puso en relieve a la Comisión con los objetivos de la Secretaría de Salud y le otorgó autonomía técnica y operativa, lo que le permitió convertirse en una agencia reguladora destinada a promover una cultura de la bioética, fomentar la reflexión sobre la salud humana y desarrollar lineamientos para los servicios de salud, investigación y educación, a través de una perspectiva global, secular y democrática.

La Comisión se convirtió en el actor principal en la estrategia de institucionalización de la bioética en México después de las reformas a la Ley General de Salud en 2011, las cuales requirieron a los establecimientos públicos, de asistencia social o privados constituir un Comité Hospitalario de Bioética para abordar los dilemas o problemas bioéticos y, cuando fuera necesario, un Comité de Ética en Investigación para abordar la investigación con seres humanos. Esta asignación ha orientado el enfoque de las actividades y objetivos de la Comisión Nacional de Bioética hacia el establecimiento de estos comités en paralelo con las regulaciones actuales y el desarrollo de mecanismos para garantizar que operen con los más altos estándares de conducta ética, desempeño y responsabilidad.

A más de una década de la adopción de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO

Pedro Boccardo Rojas

Revista Colombiana de Bioética 11, núm. 2
Julio-diciembre, 2016: pp. 8-23.

Han transcurrido más de 11 años de la aceptación de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. La bioética como ciencia no tiene más de 46 años de existencia. Desde el punto de vista de los historiadores la bioética es nueva, lo que dificulta la afirmación de que ella ya pertenece a la historia. Sin embargo su expansión y consolidación en casi todos los Continentes ha sido muy rápida y ello explica su reconocimiento y legitimación a través de esta Declaración por parte de un organismo de la ONU como es la UNESCO.

Este artículo quiere traer a la memoria en primer lugar el texto de la Declaración en sí resaltando sus puntos de mayor trascendencia; en segundo término qué ha sucedido con la comprensión de la bioética en estas décadas y, en tercer lugar, rescatar los aportes del Documento en este tiempo desde su edición y sus posibles repercusiones en nuestro Continente, pero especialmente en Chile.

The Past, Present, and Future of Mexico's National Bioethics Commission

BY MANUEL RUIZ DE CHÁVEZ, AIDÉE OROZCO, AND GUSTAVO OLAIZ

History shows the development of a national bioethics commission in Mexico was the result of a long process. In 1992, the National Commission on Bioethics was created as a technical and operational agency within the Ministry of Health. In 2005, a new decree placed the Commission in line with the objectives of the Secretary of Health and granted it technical and operational autonomy, which allowed it to become a regulatory agency aimed at promoting a culture of bioethics, fostering reflection on human health, and developing guidelines for health services, research, and education, through a global, secular, and democratic perspective.

Hastings Center Report, May 2, 2017, 47(5):S31-S34.

A más de una década de la adopción de la declaración universal de bioética y derechos humanos de la UNESCO*

More than a Decade After UNESCO's Adoption of the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights
Mais de uma década de adoção da declaração universal de bioética e direitos humanos da Unesco

Pedro Boccardo Rojas

Revista Colombiana de Bioética, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre de 2016, pp. 8-23.

Resumen. Este artículo quiere traer a la memoria en primer lugar el texto de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. La bioética como ciencia no tiene más de 46 años de existencia. Desde el punto de vista de los historiadores la bioética es nueva, lo que dificulta la afirmación de que ella ya pertenece a la historia. Sin embargo su expansión y consolidación en casi todos los Continentes ha sido muy rápida y ello explica su reconocimiento y legitimación a través de esta Declaración por parte de un organismo de la ONU como es la UNESCO.

Palabras clave: Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, bioética, historia, cultura de la bioética.

Los derechos humanos en el Centenario de la Constitución de 1917

Luis Raúl González Pérez, (coord.)
Secretaría de Gobernación/Secretaría de Cultura/Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México/Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Jurídicas.
México, 2016: 176 p.



El valor de este conjunto de ensayos reside en su carácter científico y conmemorativo, ya que se celebra a la Constitución de 1917 como un momento histórico con antecedentes y particularidades irrepetibles en la historia de México y del mundo. Resultado de una alianza institucional con la Secretaría de Gobernación y el INEHRM, la publicación es útil para conocer los antecedentes, el contexto y los debates del Congreso Constituyente de México en el Siglo XX.

Aunado a ello, esta obra permite comprender la raíz de los Derechos Humanos actuales, aquellos que envuelven las convicciones de los ciudadanos y permean en la Constitución mexicana como una herramienta para seguir ampliando los horizontes de libertad, igualdad y justicia social que se anhela para el presente y futuro del país.

Bioética: el pluralismo de la fundamentación

Jorge José Ferrer; Juan Alberto Lecaros
Urzúa; Róderic Molins Mota
Universidad Pontificia Comillas
España, 2016: 456 p



Esta obra colaborativa reúne a diversos autores iberoamericanos que abordan la bioética desde diversas perspectivas lingüísticas, morales, filosóficas, hermenéuticas, entre otras, forjándola como un fenómeno universal y contemporáneo. Cada uno de los coautores y expertos en las distintas corrientes de la fundamentación ha conformado un sello propio en el libro permitiendo que cada capítulo sea un eslabón para recrear y plantear la bioética desde los factores que la influyen: los valores subyacentes en su realidad social y los criterios morales predominantes.

Esta publicación brinda una amplia perspectiva poniendo, en primer lugar, la ética filosófica que sustenta la corriente bioética en el contexto profesional, social y cultural. En general, el lector tendrá en sus manos un producto con calidad que podrá ser de gran utilidad pedagógica para los que deseen comprender modelos teóricos sobre bioética que subyacen en temas de la vida cotidiana.

Prevención del embarazo en adolescentes

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

Como resultado del incremento en el uso de métodos anticonceptivos, a lo largo de los últimos cinco años disminuyó el número de nacimientos en madres adolescentes. De haberse mantenido la fecundidad de los años setenta, en el 2000 hubieran ocurrido poco más de un millón de nacimientos de madres adolescentes en lugar de los 366 000 que se presentaron. Sin embargo, el tema de la prevención del embarazo en adolescentes, es algo que aún preocupa a México, pues nuestro país representa el primer lugar en los últimos años entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.

El embarazo en las y los adolescentes afecta negativamente la salud, la OMS lo considera como un riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una infección de transmisión sexual.

Los/las adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad e identidad, que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y

hablen su mismo lenguaje. Si bien la experiencia es hasta ahora limitada, los programas han dado mejor resultado cuando se trabaja con los adultos responsables de su formación, cuando se involucra a los jóvenes en el diseño de los modelos fomentando la comunicación interpersonal, cuando se articula la educación a la prestación de servicios, cuando se presentan modelos de conducta que hacen más atractivo el comportamiento sin riesgos y sobre todo cuando se invierte el tiempo suficiente y se cuenta con la actitud y la disposición para atenderlos.

El embarazo en adolescentes afecta no sólo la salud, sino también la educación, el proyecto de vida, las relaciones sociales y culturales, su economía, entre otros aspectos. En ese sentido, aspectos como la prevención, el cuidado y el sentido de la responsabilidad en la sexualidad de las/los adolescentes contribuyen, en gran medida, a fomentar una cultura bioética basada en la toma de decisiones responsable e informada por parte de ellas/ellos, quienes con sus acciones encausan determinadamente el futuro no sólo del país, sino del mundo en general.



La voz de nuestros lectores

Antes de participar en una Investigación Biomédica, conoce los CEI

Después de leer el artículo Comités de ética en investigación, un enfoque global, del doctor Ruiz de Chávez, me di cuenta que es un tema fundamental en las investigaciones biomédicas, ya que es muy importante que se preocupen por proteger a las personas que participan en dichas investigaciones y que ayudan a que los investigadores amplíen sus conocimientos biológicos y biomédicos.

Considero un punto importante que para la investigación con seres humanos se tomen en cuenta aspectos éticos y sociales, que ayuden a preservar la integridad del colaborador y que le brinden la seguridad de que se llevará a cabo una práctica humanizada y se tomarán las medidas necesarias para evitar riesgos, siempre buscando su bienestar y respetando sus derechos humanos.

Es importante saber que en nuestro país los establecimientos médicos que realizan investigaciones con seres humanos deben tener un Comité de ética en investigación.

Los Comités ayudan a llevar a cabo la investigación respetando los principios éticos, garantizando los derechos humanos del sujeto de investigación, quien deberá estar completamente de acuerdo con el consentimiento informado, que protege al sujeto de los riesgos que podrían derivarse de dicha investigación. La modalidad del consentimiento será elegida de acuerdo a las características de la investigación.

Pienso que sería una buena opción, que se implementara una guía para la evaluación ética de los proyectos de investigación, que contenga las regulaciones nacionales e internacionales vigentes, para que se vea de forma más ordenada todo el aspecto legal.

Finalmente, esto ayuda a que nos demos cuenta de que la bioética no sólo promueve los principios de la vida y sus derechos, así como las políticas públicas en materia de ciencias de la vida, entre otras, sino que va mas allá de los avances e investigaciones científicas y tecnológicas en materia de salud

Diana Laura Morales Zapata

Ciudad de México, septiembre de 2017

Estimada Diana Laura Morales:

Agradecemos su participación en la Gaceta CONBIOÉTICA, como usted menciona, es fundamental garantizar los derechos humanos del sujeto de investigación, a través del consentimiento informado, que lo protege de los riesgos que pudieran derivarse. En relación con la implementación de la guía, le comento que esta Comisión edita la Guía nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, que cuenta con el marco jurídico al que hace referencia, ésta guía está disponible para su consulta en el Portal www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx

El editor

gacetas.conbioetica@gmail.com

avances

El número 26 de la Gaceta CONBIOÉTICA será una edición especial, a través de la cual se presentarán los actos institucionales más relevantes de la celebración del XXV Aniversario de la Comisión Nacional de Bioética, que se llevará a cabo los días 5 y 6 de septiembre, en el Auditorio *Jaime Torres Bodet*, del Museo Nacional de Antropología de la Ciudad de México.

El programa del evento estará integrado por el Foro *Bioética y Derechos Humanos* y la *XII Reunión de Comisiones Estatales de Bioética*, en el marco del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

colaboradores

Salvador Alcaraz Nava

Es licenciado en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM; tesista para obtener el grado de Maestro en Filosofía por la misma institución; diplomado en Bioética por el Programa Universitario de Bioética de la UNAM. Ha colaborado en proyectos de investigación en materia de bioética con la Dra. Juliana González Valenzuela. Actualmente labora en la Comisión Nacional de Bioética, en el Departamento de Comités Hospitalarios de Bioética, y en su ac-

tualización profesional cuenta con numerosos cursos de ética y bioética aplicadas a las ciencias de la vida.

Miriam Marlene Altamirano Bustamante

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

Nelly F. Altamirano Bustamante

Es médico endocrinólogo pediatra del Instituto Nacional de Pediatría. Doctorante en Bioética y autora de libros, capítulos de libros y artículos científicos nacionales e Internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Daniel Guadalupe Choperena Aguilar

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

Uria M. Guevara López

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

Robert T. Hall

Es profesor invitado en el Centro de Bioética de la Facultad de Filosofía, de la Universidad Autónoma de Querétaro. Es coordinador del Programa de Bioética de Investigación de la Dirección

de Investigación y Posgrado de la misma institución educativa. Asimismo, se desempeña como profesor invitado de la Maestría en Bioética del Centro de Investigación Social Avanzada y como miembro del Comité de Bioética del Instituto de Neurobiología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en Juriquilla, Querétaro.

Claudia Leija Hernández

Es licenciada en enfermería y directora de enfermería en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez. Perteneció al comité editorial de la Revista Mexicana de Enfermería. Es vicepresidenta y coordinadora general de la Comisión Permanente de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Ruth Macklin

Es profesora emérita del Colegio de Medicina Albert Einstein. Realiza actividades como escritora, investigadora y consultora en temas de bioética. Es asesora de la Organización Mundial de la Salud e integrante electa de la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América. Fue presidenta de la Asociación Internacional de Bioética. Sus líneas de investigación incluyen Investigación en seres humanos, Salud global, Ética en salud reproductiva, Derechos Humanos y Aspectos éticos en investigación y tratamientos de VIH.

Elizabeth Rojas Serafín

Médica cirujana por la UNAM, maestra en Salud Pública en Epidemiología por el Instituto Nacional de Salud Pública. Se ha desempeñado como dictaminadora en el área de protocolos de investigación de la COFEPRIS, ha participado como capacitadora en las Unidades Habilitadas de Apoyo al Predictamen de protocolos de investigación en seres humanos de la UANL y del IMSS y en foros nacionales e internacionales de regulación de la investigación clínica. Actualmente se desempeña como subdirectora de Ética en Investigación de la Comisión Nacional de Bioética.

Martha Tarasco Michel

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

La Comisión Nacional de Bioética, a través de su biblioteca, ofrece gratuitamente los siguientes servicios de información a los integrantes de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación, Comisiones Estatales de Bioética y público en general:



- Atención a usuarios de manera presencial y virtual
- Recuperación de artículos especializados en bioética y temáticas afines
- Catálogo en línea y acervo bibliográfico con más de 2,600 títulos y 7,000 mil volúmenes
- Orientación en estrategias de búsqueda de información en bases de datos especializadas y multidisciplinarias
- Préstamo interbibliotecario y consulta en sala

Mayor información:
www.amigosconbioetica.salud.gob.mx



Comisión Nacional de Bioética

Trámite de Registro

de Comités Hospitalarios de Bioética

El Registro de un Comité Hospitalario de Bioética ante la Comisión Nacional de Bioética es un trámite gratuito, que solicitan los establecimientos de salud de forma electrónica, mediante el cumplimiento de la siguiente documentación:

- Solicitud de registro
- Formato de autoevaluación
- Acta de instalación
- Cartas de designación de los integrantes
- Documento con el que se acredita la personalidad jurídica del establecimiento.

La CONBIOÉTICA, a través de la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, difunde los criterios que deben considerar dichos órganos colegiados para el desarrollo de sus actividades y promueve la salvaguarda de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes.

Mayor información

<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx>