

Invierno 2022



Anáhuac
México

COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de
Bioética

Somos Anáhuac México • Líderes de Acción Positiva

01. David Cerdio Domínguez	3
Uso de opioides en el manejo del dolor crónico, tanto oncológico como no oncológico: una revisión histórica del siglo XIX-XXI	
02. Lorea Sagasti Pazos	10
Análisis bioético y jurídico del potenciamiento cognitivo mediante fármacos	
03. Martha Patricia Hernández Valdez	18
Análisis bioético del principio de autonomía en los trastornos de la personalidad con base en la inconstitucionalidad del estado de interdicción en México	
04. Linda Arturo Delgado	21
Propuesta de implementación de un modelo multidimensional de estimación de riesgo de muerte neonatal para para asegurar la adecuación terapéutica en cuidados paliativos neonatales	
05. Jonathan Maximiliano Tipán Barros	29
Determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos con relación a la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador	
06. Ivette María Ortiz Alcántara	40
Atención médica durante la pandemia de COVID-19 en regiones afectadas por la violencia en México. Experiencias de Médicos que trabajan en estas zonas o que hayan que realizado el servicio social en zonas de conflicto	
07. Fernando Ignacio Licona Cervantes	47
Situación actual de los cuidados paliativos pediátricos en el Hospital del niño DIF en Pachuca, Hidalgo	
08. Aldo Alejandro Lara Romero	53
Perspectiva interdisciplinaria del tratamiento a personas delincuentes: Una propuesta desde la bioética	
09. Agustín Ortega Cabrera	58
Economía, trabajo y ética: ciencias sociales en dialogo con la fe	
10. Yunuen Martínez Fuentes	62
El principio de autonomía y su posible evolución a una noción de justicia social desde la realidad latinoamericana	

INVESTIGADOR

David Cerdio Domínguez

Investigador Asociado de la Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México y Coordinación de Ciclos Básicos, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México. david.cerdio@anahuac.mx

Alumno de Doctorado en Bioética Aplicada

USO DE OPIOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO, TANTO ONCOLÓGICO COMO NO ONCOLÓGICO: UNA REVISIÓN HISTÓRICA DEL SIGLO XIX-XXI

RESUMEN

La percepción y actitud humana frente al dolor (dolor/doloris: el que es golpeado) y sufrimiento (suffere / sub-ferre: el que lleva o carga) no ha sido siempre la misma, históricamente ha existido un marcado contraste entre la concepción de este fenómeno. Esta pugna antropológica ha manifestado la influencia por parte de diversas corrientes de pensamiento en la sociedad moderna y globalizada, lo a que a su vez ha orientado y desencadenado diversos movimientos que buscan defender y acompañar a los pacientes en los momentos de máxima vulnerabilidad. El manejo integral del dolor y los cuidados paliativos son movimientos de atención humana (holística) que han sido reimpulsados a nivel internacional desde 1958 y en México desde 1972. El National Institute of Health (NIH) (Instituto de Salud Pública de los Estados Unidos de América (EU)) (17) reportó que en 2012 en EU cerca de 70 millones de los 318 millones de habitantes padecían dolor (25.3 millones (11.2%) -dolor agudo- y 40 millones (17.6%) -dolor crónico-) de los cuales 22 millones se encontraban parcial o totalmente incapacitados. México carece de información estadística suficiente al respecto, motivo por el cual la investigación cualitativa y cuantitativa es necesaria para poder afrontar la problemática de manera integral. El objetivo del presente trabajo de investigación es: conocer históricamente las aplicaciones

médicas de los opioides en el manejo del dolor crónico -tanto oncológico, como no oncológico-, durante el siglo XIX-XXI, contrastándolas con las indicaciones médicas globalmente aceptadas en la actualidad. Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo de tiempo comprendido entre enero y noviembre de 2022, empleando como motor de búsqueda las siguientes plataformas: PubMed, EBSCO Host, Web of Science y Scielo. La aceptación o rechazo de terapéuticas concretas, es algo que históricamente ha sido cuestión de controversia, fundamentada en las diversas cosmovisiones y en la aproximación a la realidad por parte de los involucrados.

A continuación, se presenta, a modo de antecedente histórico-contextual- el recuento de los principales hitos históricos en relación con el uso de opioides como sustancias farmacológicas oportunas para el manejo del dolor. El dolor es un fenómeno sumamente complejo, sin embargo, es importante traer a colación: ¿Qué vuelve al dolor tan complejo como para tratarlo adecuadamente? Sin duda es la subjetividad que lo caracteriza. El dolor es una experiencia individual, influida por particularidades tanto empíricas como sociales y culturales.

INTRODUCCIÓN

La percepción y actitud humana frente al dolor (dolor/doloris: el que es golpeado) y sufrimiento (suffere / sub-ferre: el que lleva o carga) no ha sido siempre la misma (7, 8), históricamente (9) ha existido un marcado contraste entre la concepción de este fenómeno; durante la edad media ante la cosmovisión divinizada de la naturaleza (7), la enfermedad y la muerte eran comprendidas como realidades antropológicas donde la Divinidad se manifestaba de manera concreta (exaltación del sufrimiento), siendo pues que eran vividas como circunstancias especiales en donde la familia se reunía y acompañaba al paciente (patients: el que padece y/o sufre) en lo que era conocido como el ritual de la alcoba. Posteriormente con los cambios -subsecuentes- socio-políticos, económicos y demográficos, las cosmovisiones (individuales y sociales) experimentaron cambios sustanciales, siendo pues que desde la primera guerra mundial (la gran guerra) hasta la actualidad, el dolor, el sufrimiento y la muerte han sido realidades rechazadas que buscan ser negadas y eliminadas -a toda costa-, siendo conocida -esta concepción- como la “muerte prohibida” (8). Esta percepción -sesgada- de la realidad que conforma a la naturaleza humana ha generado una sociedad desconectada y contrariada, donde por un lado existe una exaltación del valor de los derechos universales

(10) y por otro lado un rechazo a realidades innegables e inalienables de la persona (11). Esta pugna antropológica ha manifestado la influencia por parte de diversas corrientes de pensamiento en la sociedad moderna y globalizada, lo a que a su vez ha orientado y desencadenado diversos movimientos que buscan defender y acompañar a los pacientes en los momentos de máxima vulnerabilidad. El manejo integral del dolor y los cuidados paliativos son movimientos de atención humana (holística) que han sido reimpulsados a nivel internacional desde 1958 y en México desde 1972 (8). Este planteamiento llevó a que el manejo integral (alivio) del dolor -tanto agudo como crónico- sea considerado como un derecho universal, declarado así por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Carta de Derechos Humanos publicada desde el año 1948 (10).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha realizado diversos esfuerzos por definir el dolor, de modo que bajo una comprensión conceptual y fisiopatológica se pueda favorecer un mayor y mejor manejo -específico-; siendo pues, que actualmente se conceptualiza como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial" (12, 13). El dolor -tanto agudo como crónico- ha sido uno de los principales motivos de consulta tanto en el primer como en el tercer nivel de atención, implicando (5) de este modo un problema de salud pública que afecta alrededor del 25% al 29% de la población mundial (14-16). El National Institute of Health (NIH) (Instituto de Salud Pública de los Estados Unidos de América (EU)) (17) reportó que en 2012 en EU cerca de 70 millones de los 318 millones de habitantes padecían dolor (25.3 millones (11.2%) -dolor agudo- y 40 millones (17.6%) -dolor crónico-) de los cuales 22 millones se encontraban parcial o totalmente incapacitados. México carece de información estadística suficiente al respecto, motivo por el cual la investigación cualitativa y cuantitativa es necesaria para poder afrontar la problemática de manera integral.

En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una serie de criterios elementales para la consecución de un buen manejo y control del dolor (18):

1. Educación -adecuada- para profesionales de la salud, público en general y personal hospitalario-administrativo.
2. Disponibilidad de fármacos con un sistema de distribución eficiente y segura.
3. Modificaciones legislativas que permitan una mayor regulación

que supriman las disposiciones e interferencias para el adecuado uso de fármacos opiáceos.

El dolor es una realidad sintomática y patológica compleja, que requiere un conocimiento profundo que permita a los médicos y pacientes poder realizar un abordaje sistemático, el cual -en muchos casos- conlleva a la prescripción -responsable- de fármacos analgésicos potentes como los opioides.

El dolor -históricamente- ha representado un reto, el cual demanda una perspectiva holística (19-21) en donde el abordaje sea trabajado desde áreas complementarias médico-biológicas y emotivo-afectivas (22, 23) motivo por el cual identificar la influencia -positiva o negativa- de la cosmovisión antropológica y bioética (liberalismo (24), sociobiologismo (25), utilitarismo (26) y/o personalismo (27)) así como de la percepción social, cultural y religiosa es determinante para de esta manera detectar áreas de oportunidad que permitan contribuir de modo concreto y activo a la implementación de terapéuticas analgésicas que favorezcan una mayor calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares (23).

OBJETIVOS

1. General: Conocer -históricamente- las aplicaciones médicas de los opioides en el manejo del dolor crónico -tanto oncológico, como no oncológico-, durante el siglo XX, contrastándolas con las indicaciones médicas globalmente aceptadas en la actualidad.

2. Específicos:

- a) Identificar las indicaciones médicas aceptadas para el uso de opioides a lo largo del siglo XX.
- b) Analizar la evolución histórica en cuanto a las indicaciones con la realidad en el consumo de opioides en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo de tiempo comprendido entre enero y noviembre de 2022, empleando como motor de búsqueda las siguientes plataformas: PubMed, EBSCO Host, Web of Science y Scielo. Se utilizaron como palabras clave, mediante buscadores booleanos: Manejo del dolor y opioides / Pain management and opioids; Historia del manejo del dolor / Pain management history; Historia y opioides / Opioid history; Historia de la epidemia de opioides / Opioid epidemic history. Como

criterios de inclusión, se eligieron aquellos artículos que presentaban un análisis histórico en cuanto al manejo del dolor en vinculación directa con el uso de opioides y/o relacionaban directamente los opioides como tratamiento para el dolor crónico. Se excluyeron todos aquellos artículos que no puntualizaban o combinaban distintas herramientas terapéuticas. Posteriormente, mediante el uso del gestor de referencias EndNote, se identificaron los artículos duplicados y fueron eliminados del total de artículos empleados (figura 2).

RESULTADOS

A lo largo de la historia, “la Medicina ha sido un arte de caridad y compasión (28), un interés genuino por parte del ser humano por asomarse al dolor y el sufrimiento ajeno, marcado por el esfuerzo -dentro de sus posibilidades- por sanar, aliviar y acompañar al -ahora- paciente-sufriente (29); sin embargo, a pesar de dicho espíritu, la Medicina no ha estado exenta de discusiones -profundas- con respecto al marco conceptual, antropológico y ético, con base en los cuales la ciencia y el arte se desarrollan (30). La aceptación o rechazo de terapéuticas concretas, es algo que históricamente ha sido cuestión de controversia, fundamentada en las diversas cosmovisiones y en la aproximación a la realidad por parte de los involucrados. A continuación, se presenta, a modo de antecedente histórico-contextual- el recuento de los principales hitos históricos en relación al uso de opioides como sustancias farmacológicas oportunas para el manejo del dolor (tabla 1-9). El manejo del dolor y el consumo de opioides son realidades vinculadas históricamente tan amplias que pueden ser rastreadas hasta el mismo Hipócrates en la Grecia antigua (Siglo V a.C), sin embargo, con la finalidad de contextualizar este recuento, se analizarán los antecedentes históricos a partir del siglo XIX.

CONCLUSIÓN

Como se ha podido observar la semiología del dolor tanto agudo como crónico es sumamente compleja y subjetiva, lo cual implica -a su vez- que el tratamiento del mismo sea un verdadero reto clínico práctico. La terapéutica del dolor crónico es realmente amplia motivo por el cual se ha enfocado el presente trabajo exclusivamente en relación al uso de opioides tanto débiles como fuertes, haciendo referencia a la crisis con respecto a la infraprescripción o sobreprescripción existente en países en vías de desarrollo como en aquellos considerados desarrollados (36, 48). Sumada a esta perspectiva -compleja de por sí- es importante

reflexionar en cuanto a la multidimensionalidad del ser humano (27), razón principal del estudio bioético (45); multidimensional que solo puede ser comprendida desde la perspectiva del encuentro (en este caso, relación médico-paciente).

El dolor es un fenómeno sumamente complejo, sin embargo, es importante traer a colación: ¿Qué vuelve al dolor tan complejo como para tratarlo adecuadamente? Sin duda es la subjetividad que lo caracteriza. El dolor es una experiencia individual, influida por particularidades tanto empíricas como sociales y culturales.

BIBLIOGRAFÍAS

2. Sgreccia E. Manual de Bioética. 3era ed. México: Ed. Diana; 1996. p. 15-43. 2
5. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. 2019;160(1):83-7.
7. Del Río IP, A. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina UC*. 2007;32(1):16-22.
8. Covarrubias AO, M. Templos, L. et al. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. *Rev Mex Anest*. 2019;42(2):122-8.
9. Wilson D. What can history do for bioethics? *Bioethics*. 2013;27(4):215-23.
10. Zyllicz Z. The changing face of palliative care. *Advances in Palliative Medicine*. 2011;10(3/4):85-8.
11. II JP. Carta Encíclica: *Evangelium Vitae*. Roma: Ciudad del Vaticano; 1995. p. 1-86.
12. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Abe Y, Suzuki M. Literature review of pain management for people with chronic pain. *Jpn J Nurs Sci*. 2015;12(3):167-83.
13. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
14. Ibarra E. Una Nueva Definición de Dolor. Un Imperativo en Nuestros Días. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(2):65-72.
15. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to Pain Management as a Human Right. *American Journal of Public Health*. 2019;109(1):61-5.
16. Carr DB, Fox DM, Rothstein MA, Spellman CM. Pain Management and Public Health: Introduction to the Special Section. *Am J Public Health*. 1092019. p. 17-8.
17. Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;93:284-90.
18. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2015;22:224-30.
19. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(7):502-11.
20. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: a

biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol.* 2011;67(9):942-68.

21. Lumley MA, Schubiner H. Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Curr Rheumatol Rep.* 2019;21(7):30.

22. García J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en Mex.* 2017;29(1):77-85.

23. Barragán AM, S. Gutiérrez, LM. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública Mex.* 2007;49(1):488-94.

24. Charlesworth M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge OEdUd, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. 1-207 p.

25. Wilson EO. El sentido de la existencia humana. Company WWN, editor. Barcelona: Editorial Gedisa S.A; 2014. 1-155 p.

26. Singer P. Ética Práctica. Cambridge OEdUd, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. 1-474 p.

27. Sgreccia E. [Human person and personalism]. *Cuad Bioet.* 2013;24(80):115-23.

28. Archundia A. Cirugía 1, Educación Quirúrgica. 6e ed. McGraw Hill IE, editor. México: McGraw Hill, Interamericana Editores. ; 2017. 1-35 p.

29. Félix J, Cerdio D, Del Campo E, Gutiérrez R, Castro L, Cedillo A. Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica. México: Medicina y Ética; 2021. p. 635-50.

30. Sanchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Revista médica de Chile.* 2018;146:1498-500.

36. Torres PJ, Henry SG, Ramanathan V. Let's talk about pain and opioids: Low pitch and creak in medical consultations. *Discourse Stud.* 2020;22(2):174-204.

42. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain.* 2016;17(9 Suppl):T93-t107.

45. Sgreccia E. Manual de Bioética. Diana E, editor. México: Ed. Diana; 1996. 1-679 p.

48. Bhadelia A, De Lima L, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Rodriguez NM, Knaul FM. Solving the Global Crisis in Access to Pain Relief: Lessons From Country Actions. *American Journal of Public Health.* 2019;109(1):58-60.

INVESTIGADORA

Lorea Sagasti Pazos

Asistente académico de los cursos online Educación continua. Facultad de Bioética. Alumna doctorado en Bioética Aplicada. Universidad Anáhuac México Campus Norte. lorea.sagastipa@anahuac.mx

ANÁLISIS BIOÉTICO Y JURÍDICO DEL POTENCIAMIENTO COGNITIVO MEDIANTE FÁRMACOS

RESUMEN

La presente es una investigación cualitativa que usa metodología de revisión de literatura, análisis y análisis fenomenológico.

En la actualidad existe el problema del uso no prescrito por parte de gente sana de medicamentos destinados al tratamiento de padecimientos cognitivos. Este uso es de carácter potenciador por lo que el presente contrasta el concepto de mejora con los de salud, enfermedad y normalidad y determina su posible alcance.

De igual forma revisa los efectos de los citados fármacos en la literatura especializada. Para posteriormente presentar las implicaciones de su comercialización y consumo en el ámbito social e individual.

Desde el punto de vista jurídico explica el marco normativo vigente de los potenciadores cognitivos y los analiza a la luz de los derechos humanos de Igualdad y Libertad.

Para finalmente analizar el fenómeno a luz de los principios bioéticos de "Precaución" y "Terapéutico" y concluir el mismo puede ser permitido en personas sin patología específica pero que reporten un bajo rendimiento en determinadas áreas cognitivas o un detrimento en dichas capacidades derivado de la edad avanzada y no de una enfermedad diagnosticada.

INTRODUCCIÓN

El acelerado avance de las neurociencias ha permitido a diversos grupos vislumbrar la posibilidad de mejorar o potenciar algunas capacidades cognitivas del ser humano. Esta tendencia también se manifiesta en la ingesta, sin prescripción médica, de medicamentos originalmente destinados al tratamiento de patologías específicas especialmente medicamentos para el trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) como RitalinVR (metilfenidato) y el AdderallVR (sales mixtas de anfetaminas), así como el fármaco que promueve la vigilia, ProvigilVR (modafinilo) y se emplea para el tratamiento de la narcolepsia o el tratamiento del Alzheimer (donepezil).

Como potenciadores cognitivos farmacológicos, en la actualidad, pueden encontrarse muchos pero la literatura principalmente ha identificado como los más populares a los estimulantes sintéticos: las sales de anfetamina (Adderall), metilfenidato (Ritalin) o modafinilo, así como a algunos medicamentos anti-demencia, entre los más utilizados al momento de redacción del presente por gente sana.

Este empleo no recomendado de fármacos ha sido detectado mediante una serie de investigaciones y encuestas que encuentran una tendencia al alza en el consumo de estos fármacos sobre todo en sectores muy específicos de la población como el Universitario. De igual forma, se ha revisado que opina el público en general sobre la posibilidad de mejorar, por cualquier medio, las habilidades cognitivas y se han reportado resultados que indican una percepción favorable.

Sin embargo, el análisis de este fenómeno no parece únicamente reducirse al tratamiento de una posible drogadicción pues los efectos adictivos de estas sustancias no se encuentran debidamente documentados. Y las poblaciones que los ocupan refieren no hacerlo de manera habitual sino para situaciones específicas en las que no buscan la recreación sino el aumento de diversas facultades como la atención; el potenciamiento. Lo anterior denota un carácter distinto de empleo sobre otro tipo de sustancias.

Por lo que el presente centra su análisis en el potenciamiento como fenómeno a través de fármacos, mediante la revisión de conceptos difusos como la salud, la enfermedad y por tanto la terapia y la mejora. En orden a determinar si estos conceptos son rígidos y claros y pueden emplearse en la discusión ética sobre el aumento cognitivo y su posible

justificación. Ya que se afirma el concepto mismo de mejora y su contraposición con la terapia, no es del todo claro cuando se aplica a determinados casos y a la medicina preventiva en general. Por lo que la distinción entre una intervención terapéutica y una potenciadora es determinante para el análisis del tema. Así como reporta relevancia para determinar los límites del actuar de la medicina, ya que algunos autores afirman se modificarán con el transcurso de los años. Para poder determinar los alcances de la mejora es necesario definir los conceptos de salud, normalidad y enfermedad. Dicha distinción no es clara para algunos y las diferentes definiciones parecen contradecirse. Mientras el lado más conservador de la discusión encuentra diferencias claras entre los conceptos terapéutico y potenciador, otros, consideran la línea entre uno y otro es difusa o incluso inexistente.

Adicionalmente se revisarán y contrastarán los principios de "precaución" y "terapéutico" a la luz del fenómeno del potenciamiento y el concepto mismo de terapia y la beneficencia del posible uso de estas sustancias. Para posteriormente revisar si desde la perspectiva de los derechos humanos una posible incursión en el tema de mejora cognitiva mediante fármacos puede estar legitimada a la luz del derecho a la igualdad y a la libertad.

Todo lo anterior en orden a delimitar, analizar y concluir si es posible justificar desde la bioética el uso de fármacos para los fines expuestos, o si de lo contrario debe de proscribirse.

JUSTIFICACIÓN

Medicamentos para el tratamiento de patologías específicas se emplean en la actualidad para potenciar o mejora algunas capacidades cognitivas. Este potenciamiento cognitivo se realiza mediante la ingesta, no recomendada de fármacos destinados al tratamiento de diversos padecimientos. Adicionalmente diversas encuestas de uso parecieren sugerir que el uso de estos fármacos por gente sana aumentará con el transcurso del tiempo, pues la opinión pública, incluso de los que no los emplean se manifiesta a favor de la posibilidad de mejora.

Por lo que, desde la bioética, resulta indispensable analizar el fenómeno a partir de los principios de precaución y terapéutico para poder determinar la postura ética frente al uso de estos fármacos en personas con bajos niveles de rendimiento cognitivo o en edad avanzada, pero sin patologías específicamente diagnosticadas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Con base en el principio de precaución y el principio de totalidad y desde el punto de vista filosófico, social y jurídico, es ético el uso de fármacos potenciadores de la cognición?

HIPÓTESIS

Si, el uso de fármacos potenciadores de la cognición puede ser justificado desde la bioética en determinados casos, con una regulación jurídica adecuada. La absoluta prohibición no es la opción más beneficiosa.

OBJETIVOS

GENERAL: Determinar la eticidad del uso de potenciadores cognitivos en gente sana pero que reporte un bajo rendimiento en mediciones cognitivas o tenga edad avanzada, desde el principio terapéutico y de precaución.

ESPECÍFICOS

- a) Determinar los conceptos de normalidad, salud, enfermedad y potenciamiento (mejora) y compararlos entre sí.
- b) Exponer cuáles son los fármacos más empleados para el potenciamiento en la actualidad y sus efectos.
- c) Presentar las implicaciones de su comercialización y consumo en el ámbito social e individual.
- d) Presentar el marco jurídico vigente de los potenciadores cognitivos y analizarlos a la luz de los derechos humanos de Igualdad y Libertad.
- e) Analizar el potenciamiento cognitivo mediante fármacos a luz de los principios bioéticos de "Precaución" y "Terapéutico".

METODOLOGÍA

La presente es una investigación cualitativa que usa metodología de revisión de literatura, análisis y análisis fenomenológico. Por lo que se llevó a cabo la revisión de bibliografía concerniente a:

- a) Los conceptos: Salud, enfermedad, normalidad, anormalidad, mejora y potenciamiento.
- b) La eticidad y consecuencias del empleo de fármacos con efectos potenciadores de la cognición.
- c) La epidemiología del uso de medicamentos como las sales de amfetamina (Adderall), metilfenidato (Ritalin) o modafinilo, así como

a algunos medicamentos anti-demencia, como los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina como el donepezil en gente sana.

d) Encuestas de uso de los citados medicamentos.

e) Encuestas de opinión sobre el empleo y desarrollo de fármacos potenciadores de la cognición.

f) Los conceptos y alcances de el "Principio de precaución" y el "Principio terapéutico".

g) Los conceptos y alcances de "Derecho a la Igualdad" y el "derecho a la Libertad", así como de la libertad cognitiva y los nuevos neuroderechos.

h) Se realizó una revisión de aquellos artículos que estudian el efecto potenciador de estos fármacos en funciones cognitivas determinadas como memoria y atención entre otras. Dicha revisión se limitó a aquellos estudios que incluían personas sanas (sin padecimiento alguno) y sin privación de sueño del 2003 al año 2021. Por lo que se excluyó toda literatura que hiciera referencia al uso terapéutico en personas con patologías.

Para lo cual se llevó a cabo una búsqueda en diversas bases de datos: Ebsco Host, PubMed, y otras bases de datos académicas, además de tomar como referencia los artículos citados por publicaciones anteriores utilizando las siguientes palabras, y diversas combinaciones:

a) "Mejora", "potenciamiento", "salud", "enfermedad", "normalidad", "anormalidad" y sus equivalentes en inglés.

b) "Enhancement", "mejora", "transhumanismo", "transhumanista", "neuro potenciamiento", "potenciamiento cognitivo" "neuromejoramiento", "Neuromejora" y sus equivalentes en inglés.

c) "Smart pills", "Píldoras inteligentes" "fármacos cognitivos", "fármacos potenciadores", "modafinil", "metilfenidato", "donepezil", y sus nombres comerciales, así como sus equivalentes en inglés.

d) "Uso de fármacos potenciadores", "encuestas de uso", y sus equivalentes en inglés.

e) "Libertad cognitiva" "Igualdad" "libertad" "libre desarrollo de la personalidad", "neuroderechos y sus equivalentes en inglés.

La búsqueda incluyó artículos publicados desde 1990 hasta la fecha, seleccionados por su título y/o su resumen.

Se analizaron los resultados, se contrastaron los conceptos y se emitieron conclusiones y sugerencias.

CONCLUSIONES

Puede justificarse desde la bioética y el derecho la exploración de la posibilidad de mejorar o potenciar las capacidades cognitivas mediante fármacos siempre y cuando:

- a) Se considere que en el tema de la cognición la distinción entre salud y enfermedad no es del todo clara.
- b) Se emplee en poblaciones que dadas sus características específicas (encontrarse en extremos de las curvas o con detrimento cognitivo natural u otras) puedan beneficiarse sustancialmente del consumo.
- c) Se cumplan con criterios rígidos de precaución en la investigación sobre los efectos de los fármacos.
- d) Se pondere adecuadamente el riesgo-beneficio.
- e) Se realicen investigaciones serias, amplias y por largos periodos sobre: los efectos deseados, los efectos adversos y la posibilidad de adicción, que arrojen resultados favorables en los primeros y aceptables en el caso de los posteriores y;
- f) Se cuente con garantías de acceso a información fidedigna, así como de políticas públicas que garanticen la no violación a los derechos humanos de libertad e igualdad.

Lo anterior en virtud de que es justamente el borroso límite entre lo terapéutico y lo potenciador en el que la bioética y el derecho pueden intervenir y permitir su desarrollo después del análisis. Para lograr un "justo medio" entre los posibles beneficios y las posibles consecuencias adversas en el campo de la desigualdad. Ya que se considera que tarea del Estado no es exclusivamente la prohibición, sino que debe de recuperar su papel regulador e intervenir para potenciar los beneficios de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daubner J, Arshaad MI, Henseler C, Hescheler J, Ehninger D, Broich K, et al. Pharmacological Neuroenhancement: Current Aspects of Categorization, Epidemiology, Pharmacology, Drug Development, Ethics, and Future Perspectives. *Neural Plasticity*. 2021;1-27.
2. Smith ME, Farah MJ. Are prescription stimulants "smart pills"? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals. *Psychological bulletin*. 2011;137(5):717.
3. Farah MJ, Illes J, Cook-Deegan R, Gardner H, Kandel E, King P, et al. Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature reviews neuroscience*. 2004;5(5):421.
4. Farah MJ. The unknowns of cognitive enhancement. *Science*. 2015;350(6259):379-80.
5. Greely H, Sahakian B, Harris J, Kessler RC, Gazzaniga M, Campbell P, et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*. 2008;456(7223):702.

6. Dijkstra AM, Schuijff M. Public opinions about human enhancement can enhance the expert-only debate: a review study. *Public understanding of science*. 2016;25(5):588-602.
7. Lock M. Accounting for disease and distress: morals of the normal and abnormal. *Handbook of Social Studies of Health and Medicine*. 2000:259-76.
8. Benditt TM. Normality, disease and enhancement. *Establishing Medical Reality*: Springer; 2007. p. 13-21.
9. Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*. 2008;9(1):93-107.
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *Bmj*. 2011;343.
11. Davis LJ. *Enforcing normalcy: Disability, deafness, and the body*: Verso; 1995.
12. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2005;8(3):335-41.
13. Von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E, et al. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Archives of internal medicine*. 2001;161(22):2694-700.
14. Bess M. Enhanced Humans versus "Normal People": Elusive Definitions. *Journal of Medicine & Philosophy*. 2010;35(6):641-55.
15. Lavazza A. Transcranial electrical stimulation for human enhancement and the risk of inequality: Prohibition or compensation? *Bioethics*. 2019;33(1):122-31.
16. Luber B, Lisanby SH. Enhancement of human cognitive performance using transcranial magnetic stimulation (TMS). *Neuroimage*. 2014;85:961-70.
17. Bainbridge WS. *Converging technologies for improving human performance: Nanotechnology, biotechnology, information technology and cognitive science*: Springer Science & Business Media; 2013.
18. Banjo OC, Nadler R, Reiner PB. Physician attitudes towards pharmacological cognitive enhancement: safety concerns are paramount. *PLoS One*. 2010;5(12):e14322.
19. Battleday RM, Brem A-K. Modafinil for cognitive neuroenhancement in healthy non-sleep-deprived subjects: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(11):1865-81.
20. Gracia D. Mejoramiento humano.¿ De qué estamos hablando? *Perifèria Cristianisme, postmodernitat, globalització*. 2017;4(4).
21. Hofmann B. Limits to human enhancement: nature, disease, therapy or betterment? *BMC medical ethics*. 2017;18(1):1-11.
22. Hogle LF. Enhancement technologies and the body. *Annu Rev Anthropol*. 2005;34:695-716.
23. Coenen C, Smits M, Schuijff M. Human Enhancement Study (IP/A/STOA/FWC/2005-28/SC32 & 39). European Parliament. Brussels. 2009.
24. Añorve VAT, de la Luz Casas M. Una aproximación bioética al término enhancement postulado por el transhumanismo. *Metafísica y persona*. 2019(21).
25. Fernández HV. Transhumanismo, libertad e identidad humana. *Thémata Revista de Filosofía*. 2009(41).
26. Parens E. Special supplement: Is better always good? The enhancement project. *The Hastings Center Report*. 1998;28(1):S1-S17.

27. Bostrom N. The future of humanity. New waves in philosophy of technology: Springer; 2009. p. 186-215.
28. Fukuyama F. Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution: Farrar, Straus and Giroux; 2003.
29. Cakic V. Smart drugs for cognitive enhancement: ethical and pragmatic considerations in the era of cosmetic neurology. Journal of medical ethics. 2009;35(10):611-5.
30. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(3):177-85.

INVESTIGADORA

Martha Patricia Hernández Valdez

Coordinadora de la Maestría Online en Español. Facultad de Bioética.
Universidad Anáhuac México, Campus Norte. Alumna del doctorado.
martha.hernandez@anahuac.mx

ANÁLISIS BIOÉTICO DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD CON BASE EN LA INCONSTITUCIONALIDAD DEL ESTADO DE INTERDICCIÓN EN MÉXICO

RESUMEN

Los trastornos de la personalidad son un grupo de patologías mentales con patrones permanentes de experiencias internas que afectan considerablemente el funcionamiento habitual del sujeto, debido a que afectan directamente la forma en la cual se percibe al mundo que lo rodea y a sí mismo. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha señalado que en el 2021 el aumento de suicidios en nuestro país ha sido considerable (un total de 8,432), y que más del 30% se debe a la presencia de un trastorno de personalidad con otras comorbilidades no menos graves. En este sentido, son muchos los esfuerzos realizados por las instituciones públicas, instituciones privadas y familias mexicanas para combatir y sobrellevar los síntomas que no únicamente afectan al paciente, sino también a su esfera biológica, social, familiar, laboral y espiritual.

Una de las prácticas regulares en los casos en los que la capacidad de toma de decisiones por parte del individuo se ve afectada, es la restricción de su capacidad jurídica, de tal suerte que una persona asignada es quien decide sobre todo aquello que concierne a la vida del afectado. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha expresado que el estado de interdicción representa la muerte civil que es incompatible

con los Derechos Humanos, por lo que se explorará el paradigma de la autonomía en los casos en los que existe este supuesto jurídico desde una perspectiva bioética, tomando como eje fundamental el reconocimiento a la dignidad de las personas involucradas.

INTRODUCCIÓN

Un trastorno de la personalidad hace referencia a un patrón de pensamiento estable en el tiempo que impacta de forma contundente en la conducta del individuo, marcando un deterioro en todas las esferas de su vida (biológica, psicológica, social, espiritual). Al respecto, una discapacidad psicosocial es definida como una limitación para realizar una o más actividades cotidianas (Del Pilar Arenas y Trujillo, 2021), lo cual, si se relaciona con la dificultad que representa el diagnóstico en cuanto a la salud mental debido a los estereotipos sociales y culturales actuales, resulta en una exacerbación de signos y síntomas que ante la falta de tratamiento, impiden que el paciente lleve a cabo una vida apegada al estándar de normalidad para su edad y nivel socioeconómico.

Así, no es extraño encontrar que muchas personas cercanas y familiares del individuo afectado soliciten un juicio de interdicción (restricción de la capacidad jurídica) para que sea un tercero quien tome todas las decisiones concernientes a la vida del sujeto ya que se considera, éste no posee la capacidad y competencia para ejercer su autonomía (Lara Chagoyán, 2015).

DESARROLLO

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ya ha expresado que el estado de interdicción representa la muerte civil del individuo, ya que se le anula en toda su persona para incluso, escuchar lo que se ha de decidir al respecto de su vida, lo cual es ciertamente incompatible con los Derechos Humanos. Desde una perspectiva bioética, tomando como eje fundamental el reconocimiento a la dignidad de las personas involucradas, es menester el desarrollo de herramientas interdisciplinarias que coadyuven que el paciente comprenda las decisiones que se han de tomar en su lugar, incluyéndolo siempre en dichas determinaciones.

Esto representa un reto importante para la atención a la salud mental, ya que supone el desarrollo de modelos que se adapten a cada paciente desde la mirada compasiva para que éste visualice el alcance de dichas

determinaciones. Para ello, se sugiera la intervención de un bioeticista para que integre un equipo que atienda este tipo de situaciones, velando siempre por el bienestar de las personas involucradas.

CONCLUSIÓN

Un diagnóstico de trastorno mental conlleva una discapacidad psicosocial, que impera toda la protección no únicamente del estado, sino también de las instituciones públicas y privadas, la sociedad, la familia y los miembros del personal de salud. Esto implica proveer al paciente de todas las herramientas que existen para que no solamente comprenda su estado de salud mental, sino también que tome decisiones al respecto de su vida e intereses múltiples para no colocarlo en un estado aún mayor de vulnerabilidad en el cual se anule su participación al respecto de su bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, A. L. A., Alcaraz, L. M., Villegas, J. E. G., Mendoza, J. A., & Díaz, R. A. El estado de interdicción como restricción a la capacidad de ejercicio de las personas con discapacidad intelectual en México. *Índice*, 27, 18.
2. Alarcón-Guzmán, R. D. (2018). Aspectos socioculturales en el estudio y manejo de trastornos de personalidad. *Revista Peruana De Psiquiatría*, 8(1).
3. Cabañas, R. T., & Roa, U. M. (2020). El Paradigma De Derechos Humanos Y La Inutilidad Del Estado De Interdicción En El Derecho Familiar Mexicano (The Human Rights Paradigm And The Uselessness Of The State Of Interdiction In Mexican Family Law). *Universos Jurídicos*, (14), 85-105.
4. Cahill, C. R., Llaveró, G. R., Escudero, D. M., Fernández, P. G., Rodríguez, F. S., García, M. I. C., & González, K. M. (2021). Iatrogenia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. *Psychology*, Artículo-e22.
5. del Pilar Arenas, A., & Trujillo, D. E. M. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83.
6. Lara Chagoyán, R. (2015). Estado de interdicción, modelos legales sobre discapacidad e interpretación conforme: un caso víctima. *Isonomía*, (42), 171-196.
7. Pérez-Ramírez, B. (2021). De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada. *Inter disciplina*, 9(25), 233-256.
8. Suárez-Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (26), 155-168.
9. Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6.
10. Zamudio, P. Y. (2018). Naturaleza jurídica y función del apoyo para el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 2(2).

INVESTIGADORA

Linda Arturo Delgado

Alumna de Doctorado de Bioética Aplicada. Universidad Anáhuac México

linda.arturo@gmail.com

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO MULTIDIMENSIONAL DE ESTIMACIÓN DE RIESGO DE MUERTE NEONATAL PARA ASEGURAR LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS NEONATALES

RESUMEN

Las condiciones neonatales como la inviabilidad neonatal por edad gestacional, la falta de respuesta clínica, la presencia de malformaciones letales y las condiciones clínicas potencialmente fatales son frecuentes y su tratamiento implica la atención desde lo biológico, la presencia dilemas éticos y la posible trasgresión de derechos. La implementación de escalas de evaluación de riesgo neonatal en las maternidades es una necesidad imperiosa. Así, se asegura evitar la distanasia y la confusión con la práctica de la eutanasia. Lamentablemente, no se cuenta con un modelo multidimensional y la bibliografía existente es escasa. La presente investigación de tipo cualitativa con diseño de teoría fundamentada tiene como objetivo proponer la implementación de un modelo multidimensional de estimación de riesgo de muerte neonatal para tomar decisiones clínicas que prevengan la distanasia y aseguren al neonato no viable la atención en cuidados paliativos. Para que esta escala tenga sustento, debe fundamentarse en aspectos éticos, filosóficos, antropológicos y jurídicos.

Se realizará una revisión bibliográfica en relación a las diferencias entre adecuación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia. Se efectuará la búsqueda bibliográfica de escalas de medición y el sustento conceptual de las mismas. Se analizará estas escalas en base a una matriz

de categorización elaborada para el efecto. Finalmente, se hará un análisis crítico de los resultados de información obtenidos y categorizados por objetivos planteados, con la finalidad de extraer conclusiones aplicables a la realidad sanitaria desde la identificación de los principales conceptos desde el punto de vista ético, filosófico y jurídico.

JUSTIFICACIÓN

- **Conveniencia.** La investigación es conveniente porque existe una brecha en el saber científico en relación al fundamento ético, filosófico y legal de la aplicación de escalas de valoración de riesgo de muerte neonatal en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Además no se cuenta con una escala multidimensional para la identificación no solo del riesgo desde el punto de vista clínico, sino mucho más amplio. De esta manera, contar con una escala integral con fundamento sólido permitirá evitar distanasia y fomentar la cultura de los cuidados paliativos neonatales.

- **Implicaciones prácticas.** La presente investigación permitirá contar con una herramienta de fácil y oportuna aplicación para su uso por parte del personal de salud responsable de la toma de decisiones en relación a adecuación del esfuerzo terapéutico en neonatos terminales.

- **Valor teórico.** Con la investigación se complementa las propuestas ya realizadas en relación escalas de valoración de riesgo de muerte neonatal, pues la mayoría de ellas tan solo valora aspectos técnico-clínicos, mientras que la escala propuesta será de tipo integral. Además, la conceptualización ética, filosófica y antropológica permitirá fundamentar la implementación de la escala y la creación de otras que permitan abarcar mayor población infantil.

- **Utilidad metodológica.** De hecho, la implementación de esta escala permitirá tomar decisiones basadas en lo clínico y en lo ético para un determinado paciente, pero también será fuente de información para realizar estudios epidemiológicos y establecer perfiles en mejora de la calidad de atención.

- **Relevancia social.** El beneficio directo será para los neonatos en etapa terminal que no serán sometidos a distanasia. También, se beneficiarán sus padres al tener la seguridad de que su hijo recibirá una atención basada en el respeto de su dignidad como persona. De igual manera, el

personal de salud, de actuar conforme a la normativa técnica, basada en principios éticos y derechos neonatales, tendrá la seguridad para tomar la mejor decisión y asesorar adecuadamente a los padres. De esta manera, la triada paciente neonatal, padres y personal de salud se respeta, se fomenta y se fortalece.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La implementación de áreas de cuidados paliativos neonatales en las maternidades es una necesidad imperiosa porque existen condiciones neonatales muy comunes de alta complicación como la inviabilidad neonatal por edad gestacional, la falta de respuesta clínica, la presencia de malformaciones letales y las condiciones clínicas potencialmente fatales son frecuentes. Es imprescindible contar con protocolos para lograr una atención de salud con calidad y humanizada centrada en los neonatos al final de su vida y para acompañar a la familia.

Pero no sólo se necesita de protocolos, sino también de escalas de valoración de riesgo de muerte neonatal para que sustenten la toma de decisiones (adecuación del esfuerzo terapéutico y de cuidados paliativos neonatales), evitar la variabilidad desde el punto de vista personal, mejorar la objetividad en la decisión. De igual manera, es importante que las escalas de valoración de riesgo de muerte neonatal deban tomar en cuenta la multidimensionalidad del ser humano (neonato) y el ámbito familiar. Por lo tanto, las escalas de valoración deben fundamentarse en: principios éticos, derechos humanos y valores, consideraciones jurídicas, aspectos antropológicos. Así, se asegura evitar la distanasia y la confusión con la práctica de la eutanasia. Las brechas de conocimiento que existen en relación a la implementación de escalas de valoración de riesgo de muerte neonatal son: a) Las escalas existentes tienen una orientación biologista, solo se toma en cuenta la condición clínica/patológica del neonato; b) En la bibliografía revisada, no existe una clara fundamentación ética, antropológica o filosófica que sustente la aplicación de estas escalas; c) La aplicación de estas escalas no está oficializada en el país.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a lo analizado en el Planteamiento del Problema, la pregunta de la investigación es la siguiente: ¿Cómo debería ser un modelo multidimensional de valoración de riesgo de muerte neonatal para

asegurar la adecuación terapéutica en cuidados paliativos neonatales?

HIPÓTESIS

No se requiere probar una hipótesis desde el inicio de la investigación. Al tratarse de un estudio cualitativo, la naturaleza es de tipo inductivo, en base a la consecución paulatina de información. Además, el alcance de la investigación es básicamente descriptivo, pues se corresponde con una propuesta de modelo de evaluación de riesgo y su fundamentación ética, jurídica y filosófica. En todo caso, durante la investigación pueden surgir interrogantes que pueden considerarse hipótesis de trabajo, pero no se requiere que se prueben en forma estadística.

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Proponer la implementación de un modelo multidimensional de estimación de riesgo de muerte neonatal que pudiera ser útil en la toma de decisiones clínicas para la prevención de la distanasia y la atención en cuidados paliativos del neonato no viable.

2. Objetivos específicos

1. Analizar las escalas clínicas más adecuadas para la estimación de riesgo de muerte neonatal.
2. Relacionar el fundamento ético, filosófico y legal de la importancia de la implementación de un modelo de estimación de riesgo de muerte neonatal, distanasia y la atención en cuidados paliativos neonatales.
3. Crear un modelo multidimensional de estimación de riesgo de muerte neonatal para la toma de decisiones clínicas.

METODOLOGÍA: TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación cualitativa, no experimental, con diseño de teoría fundamentada, pues a partir de la recolección y análisis de la información recabada (escalas y fundamentación ética, filosófica y jurídica) se podrá sustentar en forma teórica la aplicación de un instrumento que permita evitar la distanasia en neonatos terminales. Además, el diseño cualitativo se basa en el proceso inductivo, es decir lleva a conclusiones

generales a partir de casos particulares; en la investigación propuesta, a partir de la elaboración de la escala multidimensional, se profundizará en los conceptos bioéticos de distanasia, ortotanasia, cuidados paliativos y adecuación del esfuerzo terapéutico en el ámbito de la Neonatología al final de la vida, con la finalidad de evitar la distanasia en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Como criterios de inclusión para la selección de escalas a ser tomadas en cuenta para la elaboración de la propuesta de una escala multidimensional se tomarán los siguientes aspectos: que las escalas sean exclusivamente de población neonatal, que midan riesgo de muerte neonatal, que valoren varios aspectos relacionados con el riesgo vital (clínico, epidemiológico, social y económico).

Como criterios de exclusión se tomará en cuenta que las escalas valoren únicamente riesgo de enfermedad y se apliquen en otras edades pediátricas.

METODOLOGÍA: VARIABLES

No se requiere de operacionalización de variables.

Para la elaboración de la escala multidimensional se escogerán las principales escalas de valoración de riesgo neonatal existentes a nivel internacional.

En estas escalas, se valorará los siguientes ítems:

- edad gestacional: prematurez, a término, postmadurez
- retardo de crecimiento intrauterino: presencia o ausencia.
- criterios clínicos: presencia de patología, severidad de la condición clínica, exámenes de laboratorio y de gabinete
- factores sociales asociados: situación social familiar para el cuidado neonatal
- indicadores de valoración epidemiológica: contexto social de atención de salud.

Además, se valorarán otras variables como: cuidados paliativos, adecuación del esfuerzo terapéutico, distanasia, eutanasia, los principios de la Ética Personalista y de la Ética del Cuidado.

METODOLOGÍA: RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizará en base a los siguientes

ítems:

1. Revisión de la bibliografía sobre aspectos técnicos, éticos, filosóficos, antropológicos y legales en relación a las diferencias entre Adecuación del esfuerzo terapéutico, cuidados paliativos y eutanasia, utilizando bases de datos bibliográficas internacionales prominentes, tales como Google Scholar, Pubmed, Scopus, Scielo, Embase, Bireme.
2. Búsqueda bibliográfica de escalas de medición y el sustento conceptual de las mismas. Se utilizará bases de datos bibliográficas internacionales prominentes, tales como Google Scholar, Pubmed, Scopus, Scielo, Embase, Bireme.
3. Identificación de la conceptualización ética, filosófica y jurídica que fundamente la propuesta de la escala multidimensional.
4. Consecución de información del HGOIA relacionada con la aplicación parcial de un modelo epidemiológico de evaluación de riesgo de muerte neonatal.

Por otro lado, al analizar la información obtenida, tanto de los modelos de evaluación como del fundamento conceptual, surgirán nuevas inquietudes y elementos importantes que ameritarán un análisis recurrente, de tal manera que la recolección de datos será permanente, característica de un modelo cualitativo de investigación científica. Como muestra, se propone analizar las 8 escalas del Anexo 1, pues cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

METODOLOGÍA: PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el plan de análisis de resultados, se seguirán las siguientes fases:

a. Organización temática, categorización y codificación de la información obtenida, de acuerdo a los objetivos propuestos. Se elaborará una matriz de categorización, mediante la cual se escogerán las escalas para la elaboración de la propuesta de la presente investigación. En esta matriz se incluirán las siguientes variables: criterios clínicos, retardo de crecimiento intrauterino, factores sociales asociados, indicadores de valoración epidemiológica. En la matriz se realizará una ponderación de estos criterios desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo para identificar cuáles son las variables más adecuadas para su incorporación en la propuesta de esta investigación. La selección se realizará en base a la mejor evidencia científica publicada en las bases de datos ya mencionados

b. Análisis crítico de los resultados de información obtenidos y categorizados por objetivos planteados, con la finalidad de extraer conclusiones aplicables a la realidad sanitaria desde la identificación de los principales conceptos desde el punto de vista ético, filosófico y jurídico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará a la HGOIA la anonimización previa de toda la información que se recabe de pacientes neonatos, por ejemplo, sus escalas de valoración de riesgo muerte.

Durante la investigación se cumplirá con los siguientes principios éticos de la información recabada: adecuación epistemológica, consistencia, replicabilidad, veracidad, relevancia, factibilidad, viabilidad y aplicabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ecuador. MSP. Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014.
2. 2018 OPS. La clasificación de Robson: Manual de aplicación. . 2018.
3. Ecuador. MSP. Componente normativo materno neonatal. Dirección Nacional de Normatización proyecto de mejoramiento de la atención en salud, HCI/USAID. 2008.
4. RAE. Diccionario de la Lengua Española. España: RAE; 2022.
5. Pérez Contreras MM. Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. Boletín Mexicano de derecho comparado. 2005; 38(113):845-67.
6. Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Quito: Tribunal Constitucional del Ecuador Registro oficial Nro. 2008; 449:79-93.
7. Montemayor A. Homero y Sócrates: dos paideiai Revista del Colegio de Filosofía 2005. p. 175-84.
8. Onostre Guerra RD. El síndrome del niño maltratado. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2014; 53(3):118-20.
9. Marmeto E. A treinta años de la Convención sobre los Derechos del Niño. DÍKÊ Revista de Investigación en Derecho, Criminología y Consultoría Jurídica. 2020(28).
10. Del Moral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr. 2010; 50(supl 1):39-42.
11. Doménech E. Desarrollo creciente. An Esp Pediatr. 1999; 51:97-106.
12. Jiménez JRJ, Reyes KC. Desarrollo científico del surfactante pulmonar. Revista Mexicana de Pediatría. 2009; 76(6):265-70.
13. Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista chilena de pediatría. 2014; 85:265-8.

14. Ecuador. MSP. Normas del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica 2013.
15. Ecuador. INEC. Boletín Registro Estadístico de Defunciones Generales 2019. 2020.
16. Ecuador. INEC. Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2020. Ecuador2020.
17. Masapanta Yugcha EE, Taco Pulupa AE. Prevalencia de malformaciones congénitas y factores asociados, en los neonatos del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, periodo 2016-2018: Quito: UCE; 2020.
18. Betancourt GB. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas. 2011; 11(2):259-72.
19. M S. Bioética en ciencias de la salud. España: Elsevier; 2012.
20. SEGOB. Acuerdo de declaración de la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos. 2016.

INVESTIGADOR

Jonathan Maximiliano Tipán Barros

Médico Especialista en Pediatría, Magister en Bioética. Doctorando en Bioética Aplicada en la Universidad Anáhuac-México.

jonathan_tipan@anahuac.mx

DETERMINANTES ASOCIADOS A LOS DILEMAS ÉTICOS QUE ENFRENTAN MÉDICOS, VISITADORES A MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS CON RELACIÓN A LA PRESCRIPCIÓN, PROMOCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN ECUADOR

RESUMEN

Antecedentes. A lo largo de los años la promoción de medicamentos ha empleado diferentes prácticas que fomentan el uso irracional de medicamentos, suscitando un problema de salud pública con limitada supervisión. Por lo cual, plantea dilemas éticos en los profesionales de la salud, cuyos determinantes no son claramente conocidos.

Objetivo. Identificar los determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan los profesionales sanitarios que prescriben, promocionan y dispensan medicamentos en Ecuador.

Material y métodos. Con un diseño transversal se incluirán una muestra estratificada y representativa del Ecuador compuesta por: 336 médicos, 51 visitantes a médicos y 34 farmacéuticos, a quienes se realizará una entrevista auto aplicada en una plataforma on-línea para recabar información sobre los dilemas éticos a los que se enfrentan y sus determinantes asociados. Se describirá los dilemas encontrados y se identificará sus determinantes mediante cálculo del OR (IC 95%) complementado con un análisis de regresión logística binaria. Se considerarán significativos los valores de $P < 0.05$.

Resultados esperados. Se espera identificar los principales dilemas éticos, así como sus determinantes asociados en: los médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos como profesionales sanitarios responsables de la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.

Palabras clave: Ecuador; América Latina; Bioética; Ética; Médicos; Farmacéuticos; Industria Farmacéutica; Promoción de Medicamentos; Publicidad de Medicamentos.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la promoción, propaganda, y publicidad de medicamentos como: "todas las actividades informativas y de persuasión, desplegadas por fabricantes y distribuidores, con el objetivo de inducir a la prescripción, la dispensación, el suministro, la adquisición o la utilización de medicamentos" (1,2).

Se estima que a nivel mundial en los países de bajo y mediano ingreso el 95% de los médicos interactúan con las diversas estrategias de la promoción de medicamentos (3). Un alto nivel de evidencia científica ha demostrado que la promoción de medicamentos basada en actividades informativas y de persuasión con diversos incentivos modifica la conducta de los médicos, generando una relación implícita y de efecto, entre el médico y la empresa farmacéutica dando como resultado una receta de medicamentos (3–6).

Esta práctica genera un problema de salud pública y fomenta el uso irracional de los medicamentos (7–9) ya que la industria farmacéutica para llegar a los clientes objetivos como son: la comunidad médica y de farmacéuticos ha empleado diferentes estrategias de promoción de medicamentos que cruzan la línea de la ética (3–6,10).

Prácticas tales como persuasión con incentivos, que varían en calidad, cantidad y costo con lo que nubla el juicio profesional y surgen conflictos de interés (11–13); actividades informativas, que promueven el uso excesivo de medicamentos cuando la condición no amerita, sobre-medicalizando a la población (7,14); creciente inversión económica en estrategias de marketing farmacéutico en países de bajo y mediano ingreso, equilibrándolo con el aumento en los precios de los medicamentos (15); desinformación sobre los medicamentos genéricos, forjando en los profesionales sanitarios y en la población desconfianza sobre su

eficacia clínica (16); perturban la honestidad y lealtad del médico ante los ojos de los pacientes, tras conocer que aceptan incentivos de alto costo, afectando la relación médico – paciente (17); difunden literatura científica, que exalta los beneficios de los medicamentos con escasa información de los efectos secundarios (18) y generan sesgo en los estudios de investigación patrocinados por la industria farmacéutica, con lo que afecta la toma de decisiones durante la práctica profesional y limita la libertad en los investigadores (19).

Sin embargo, se haría eco de una justicia injusta si únicamente a la industria farmacéutica se la culpa por ser la responsable del uso irracional de los medicamentos y afectar en la salud pública (8,15). Estudios demuestran que un creciente número de médicos exigen a los visitantes a médicos obsequios costosos y sobornos para prescribir medicamentos de marca (20), varios profesionales de la salud perciben natural, legítimo y obligatorio que la industria farmacéutica les otorgue incentivos (21) y las empresas farmacéuticas que dudan en ofrecer intereses económicos a los médicos a menudo no consiguen que receten su marca (15).

Adicionalmente, surgen situaciones emergentes tales como la falta de prioridad en planes educativos formales sobre aspectos éticos, conflictos de interés y valoración crítica de la promoción de medicamentos (12); el desacuerdo en los criterios y códigos éticos internacionales, sobre las recomendaciones para responder éticamente a las actividades de la promoción farmacéutica (22,23); criterios de la OMS, que no han sido ampliados ni actualizados para el uso racional de los medicamentos (7,24); insuficientes políticas regulatorias, para contrarrestar el efecto negativo de la promoción de medicamentos en el sistema de salud (4,25) y legislaciones en América Latina con tendencia a excluir conceptos de la OMS indispensables para proteger la salud pública (26).

Todas estas situaciones anteriormente descritas, generan la incertidumbre sobre cómo están respondiendo éticamente y en beneficio de la población, los responsables en: prescribir, promocionar y dispensar medicamentos en Ecuador. Y forja la necesidad ética ante las lagunas de investigaciones existentes en determinar los dilemas éticos asociados a la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.

La investigación propuesta, contribuirá a fomentar la protección del derecho a la salud y el uso racional de medicamentos, promoviendo una prescripción, promoción y dispensación ética de medicamentos

en Ecuador que tengan como objetivo el bienestar de la sociedad y la seguridad del paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos con relación a la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador?

HIPÓTESIS

El desconocimiento de las recomendaciones éticas de la OMS sobre prescripción, promoción y dispensación de los medicamentos, la percepción sobre la legitimidad de las bonificaciones y dádivas de la industria farmacéutica (IF), y la falta de normativas sobre la interacción del profesional sanitario con la IF, son determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar los determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos en relación con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.

Objetivos específicos

- Determinar los principales dilemas éticos que enfrentan los médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos en relación con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.
- Identificar los determinantes asociados a los dilemas éticos que enfrentan los médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos en relación con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.
- Comparar los determinantes de los dilemas éticos entre médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos en relación con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se propone una investigación de campo observacional, transversal y de asociación. El estudio incluirá una muestra de profesionales médicos, visitadores a médicos y farmacéuticos que están relacionados con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos en Ecuador, respectivamente, tanto en instituciones públicas como en privadas, a quienes se aplicará una entrevista on-line para recabar información sobre las variables de estudio.

Universo del estudio

Se considerará universo de estudio a los profesionales de la salud ecuatorianos relacionados con la prescripción, promoción y dispensación de medicamentos: médicos generales, médicos en curso de posgrado, médicos especialistas, visitadores a médicos y farmacéuticos.

Muestra

El tamaño de la muestra será calculado con las siguientes restricciones:

1. Tamaño del universo 40230 médicos según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2019) (27) y según las fuentes consultadas de países con realidades sanitarias semejantes a la nuestra, la proporción de visitadores a médicos sería alrededor del 12% y de los farmacéuticos del 8% con respecto de los médicos. Con esta estimación, el universo del que se extraerá la muestra es de aproximadamente 44574 profesionales.
2. Nivel de confianza del 95% (error alfa = 0.05).
3. Probabilidad de ocurrencia del evento (prescripción sin cumplimiento de las recomendaciones de organismos sanitarios) del 50% ($P = 0.5$). No existe información al respecto por lo tanto se toma la probabilidad de ocurrencia del evento más alta.
4. Probabilidad de no ocurrencia del evento (prescripción cumpliendo las recomendaciones) ($Q = P - 1$).
5. Precisión del 5% (intervalo de confianza de la prevalencia: IC = 0,05).
6. Efecto del diseño del 1%.
7. Estimación de pérdidas (formularios incompletos o no contestados) del 10%.

Realizando el cálculo mediante Epidat vers. 3.1 en español para Windows,

un software de análisis epidemiológico avalado por la Organización Panamericana de la Salud, de la Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, de la Dirección Xeral de Saúde Pública, de España, el tamaño de muestra será de 421 participantes.

Para la asignación a médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos la distribución será ponderada de acuerdo con la siguiente distribución:

- Los médicos serán el 80% de la población de estudio (336 sujetos).
- Los visitantes a médicos serán el 12% de la población de estudio (51 sujetos).
- Los farmacéuticos serán el 8% de la población de estudio (34 sujetos).

Selección de participantes:

Los participantes del estudio serán seleccionados mediante muestreo estratificado, con acceso a la base de datos del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano. El muestreo estratificado proporciona una precisión estadística más elevada en comparación con el muestreo aleatorio simple, debido a que la variabilidad dentro de los grupos es menor en comparación con las variaciones cuando se trata de poblaciones heterogéneas (28). Se espera obtener respuesta de al menos 421 participantes para el estudio. En caso de obtener un número mayor se seleccionará por muestreo aleatorio simple.

Operacionalización de las variables: Anexo 1.

Variables de estudio

Se considerarán las siguientes variables de estudio:

Variables sociodemográficas de los profesionales sanitarios: edad, género, nivel académico, especialidad, experiencia profesional y cargo que ocupa (público, privado o mixto).

Determinantes asociados: desconocimiento de las recomendaciones éticas de la OMS sobre prescripción, promoción y dispensación de los medicamentos, percepción sobre la legitimidad de las bonificaciones y dádivas de la IF, y la falta de normativas sobre la interacción del profesional sanitario con la IF.

Dilemas éticos: relacionados a los principios y valores de: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, libertad, subsidiariedad, proporcionalidad terapéutica, responsabilidad social, equidad, integridad, dignidad, lealtad, honestidad y veracidad. Se evaluará con un cuestionario de 30 ítems que se miden en una escala tipo Likert cuyo valor máximo es 4 puntos: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = frecuentemente y 4= siempre (Anexo 2).

Relación empírica de las variables:

Variables independientes: determinantes asociados (desconocimiento de las recomendaciones éticas de la OMS, percepción sobre la legitimidad de bonificaciones y falta de normativas).

Variable dependiente: dilemas éticos de los principios y valores éticos de las corrientes principialista y personalista de la bioética.

Criterios de inclusión

Todos los médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos del Ecuador, seleccionados, quienes voluntariamente acepten la invitación a participar en el estudio y llenen el documento encuesta bajo consentimiento tácito, al que se lo define como consentimiento implícito entendido, sin ser declarado ni firmado.

Criterios de exclusión

Se excluirán los médicos vinculados a la industria farmacéutica a través de figuras como directores médicos o jefes de producto, de fármacos o de empresas farmacéuticas.

Instrumentos

- Se recopilará la información en los formularios diseñados expresamente para el efecto. Anexos: 2a, 2b y 2c.
- Se aplicará la encuesta en una plataforma online a través de una herramienta virtual de Google™.

Procedimiento

- Se accederá a la base datos de médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos registrados en las ciudades del país donde más se concentran estos profesionales: Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato, Manta, Loja, Sto. Domingo de los Tsáchilas, Ibarra, Portoviejo y Machala, para realizar el muestreo con la estrategia señalada, es decir, considerando estratos a cada grupo de

profesionales y aplicando un muestreo aleatorio simple a cada estrato. Previamente se hará una ponderación del número de participantes de cada ciudad.

- Se accederá a los profesionales seleccionados a través del correo electrónico y se enviará vía on-line una encuesta en formato digital o en su defecto una encuesta digital para que el participante conteste y la devuelva por el mismo conducto.

Validación del formulario para recopilación de la información

Previo al envío de la encuesta digital, se realizará la validación del instrumento mediante una prueba piloto en: médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos, que laboran en las instituciones de salud pública y privadas de Ecuador.

No existe un acuerdo sobre el tamaño de muestra para validar un formulario, no obstante, atendiendo a los criterios de Roco y cols. (29), quienes recomiendan seleccionar por lo menos 5 sujetos por cada ítem, se aplicará el formulario a 80 médicos, 85 visitantes a médicos y 80 farmacéuticos, seleccionados aleatoriamente entre los que laboran en la ciudad de Cuenca - Ecuador.

La validación del formulario se hará a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor deberá ser de por lo menos 0.8 para que garantice la confiabilidad del instrumento de medición, de no conseguirlo se realizarán las afinaciones respectivas en los ítems identificados como de difícil comprensión.

RESULTADOS

Una vez recopilada la información se ingresará en una matriz de datos del software SPSS de IBM™ versión 22.0 en español para Windows™ y se procesará la información con estadística descriptiva. De acuerdo con su distribución, las medidas de tendencia central para las variables discretas serán mediana y moda, y como medidas de dispersión el rango intercuartilar (percentil 25 – percentil 75). Para las variables continuas la medida de tendencia central será el promedio $\pm$ desviación estándar ($X \pm DE$) y el rango (valor mínimo – valor máximo) como medida de dispersión.

Para el análisis de los determinantes asociados a la existencia o no de dilemas éticos calcularemos los Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza (OR: IC95%).

La existencia o no de los dilemas éticos será operacionalizada como variable categórica de acuerdo con el puntaje obtenido de la suma de los ítems de cada formulario utilizado, para recabar la información de médicos, visitantes a médicos y farmacéuticos. Se considerará dilema ético para los médicos, el punto de corte ≤ 32 puntos sobre un máximo de 64 puntos; para los visitantes a médicos, ≤ 36 puntos sobre un máximo de 72 puntos y para los farmacéuticos, ≤ 32 puntos sobre un máximo de 64 puntos.

De acuerdo con los resultados esperados podría ser necesario recurrir a una prueba de regresión logística, para cuantificar la influencia de los tres determinantes asociados a los dilemas éticos, juntos o por separado, según el planteamiento hipotético (tres variables independientes vs los dilemas éticos como variable dependiente). En todos los análisis se considerarán significativos los valores de: $P < 0.05$.

Los resultados finales se presentarán en tablas de simple entrada para distribución de frecuencias en número de casos (n) y sus porcentajes (%) y medidas de tendencia central y dispersión, según la distribución de la variable. Se utilizará tablas de doble entrada para cruce de variables y según pertinencia del dato algunos resultados podrán ser presentados en gráficos recomendados por la metodología, según el tipo de variable.

Finalmente, las tablas para el análisis de la información y presentación de los resultados se adjuntan en el anexo 3.

CONCLUSIÓN

Desde hace algunos años la falta de ética en la promoción farmacéutica promueve y fomenta el uso irracional de medicamentos, generando un problema de salud pública, frente a la mirada pasiva de los organismos reguladores y los profesionales de la salud responsables en prescribir y dispensar medicamentos. Sin embargo, las múltiples aristas de este fenómeno requieren de un abordaje integro y transparente de todas y todos, para que contribuyan a los medicamentos prometidos convertirse en verdaderas herramientas de dignidad y esperanza, buscando el bienestar social, la protección del derecho a la salud y fomentando prácticas de promoción y dispensación ética de medicamentos en Ecuador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Ethical criteria for medicinal drug promotion. 1988;16.
2. Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. Criterios éticos para la promoción, propaganda y publicidad de medicamentos. [Internet]. OPS / OMS. 2013 [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9145:2013-criterios-eticos-promocion-propaganda-publicidad-medicamentos-2013&Itemid=3562&lang=es
3. Fadlallah R, Alkhaled L, Brax H, Nasser M, Rajabbik MH, Nass H, et al. Extent of physician-pharmaceutical industry interactions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 01 de 2018;28(2):224-30.
4. Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L, Kahale LA, Nas H, El-Jardali F, et al. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017;12(4):e0175493.
5. Fickweiler F, Fickweiler W, Urbach E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ Open*. 27 de septiembre de 2017;7(9):e016408.
6. Mitchell AP, Trivedi NU, Gennarelli RL, Chimonas S, Tabatabai SM, Goldberg J, et al. Are Financial Payments from the Pharmaceutical Industry Associated with Physician Prescribing? A Systematic Review. *Ann Intern Med*. marzo de 2021;174(3):353-61.
7. Parker L, Williams J, Bero L. Ethical drug marketing criteria for the 21st century. *BMJ* [Internet]. 30 de abril de 2018 [citado 18 de abril de 2020];361. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1809>
8. Tipán Barros JM, Zavala-Calahorrano A, Estévez Montalvo LE. Bioética y la promoción de medicamentos. *ATENEO*. 30 de junio de 2021;23(1):89-100.
9. Mintzes B. Policing the promotion of prescription medicines - the new Medicines Australia Code of Conduct. *Aust Prescr*. febrero de 2021;44(1):4-5.
10. Hailu AD, Workneh BD, Kahissay MH. Influence of pharmaceutical marketing mix strategies on physicians' prescribing behaviors in public and private hospitals, Dessie, Ethiopia: a mixed study design. *BMC Public Health*. 7 de enero de 2021;21(1):65.
11. Genta-Mesa G, Flórez ID. Relación médico-industria y los conflictos de interés: aspectos históricos y normativos, impactos negativos y propuestas. *Iatreia*. 1 de octubre de 2019;32(4):298-310.
12. Makowska M. How Polish medical students are socialised to cooperate with the pharmaceutical industry: a focus group study of the importance of informal, hidden and null curricula. *Health Sociol Rev*. 30 de marzo de 2021;1-15.
13. Giubilini A, Savulescu J. Beyond Money: Conscientious Objection in Medicine as a Conflict of Interests. *J Bioeth Inq*. junio de 2020;17(2):229-43.
14. Hollander MAG, Donohue JM, Stein BD, Krans EE, Jarlenski MP. Association between Opioid Prescribing in Medicare and Pharmaceutical Company Gifts by Physician Specialty. *J Gen Intern Med*. agosto de 2020;35(8):2451-8.
15. Gul R, Saeed H, Saleem Z, Rasool F, Hashmi FK, Islam M, et al. Perceptions of and barriers to ethical promotion of pharmaceuticals in Pakistan: perspectives of medical representatives and doctors. *BMC Med Ethics*. 4 de enero de 2021;22(1):2.
16. Howard JN, Harris I, Frank G, Kiptanui Z, Qian J, Hansen R. Influencers of Generic Drug Utilization: A Systematic Review. *Res Social Adm Pharm*. julio de 2018;14(7):619-27.
17. Kanter GP, Carpenter D, Lehmann LS, Mello MM. US Nationwide Disclosure of Industry Payments and Public Trust in Physicians. *JAMA Netw Open*. 5 de abril de 2019;2(4):e191947.

18. Prasad P, Bajracharya SR, Deo S, Lamichhane S, Pradhan PMS, Ghimire R, et al. Adherence of Drug Promotional Literatures Distributed by Pharmaceutical Companies to World Health Organization Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion. *Journal of Nepal Health Research Council*. 13 de noviembre de 2019;17(3):345-50.
19. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B, Schroll JB, Bero L. Industry sponsorship and research outcome: systematic review with meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2018;44(10):1603-12.
20. Lexchin J. Drug Promotion in India Since 2000: Problems Remain. *Int J Health Serv*. julio de 2021;51(3):392-403.
21. Kolbe L. On Gifts and Heroes. *J Gen Intern Med*. abril de 2021;36(4):1058-60.
22. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. AMA Code of Medical Ethics' Opinions on Physicians' Relationships with Drug Companies and Duty to Assist in Containing Drug Costs. *AMA Journal of Ethics*. 1 de abril de 2014;16(4):261-4.
23. Lifshitz A, Halabe J, Jasso L, Frati A, Alva C, Arrieta Ó, et al. Comité de Ética y Transparencia en la Relación Médico-Industria (CETREMI); Recomendaciones para los médicos en su relación con la industria farmacéutica. *Gac Med Mex*. 2016;152-295.
24. Leonardo Alves T, Lexchin J, Mintzes B. Medicines Information and the Regulation of the Promotion of Pharmaceuticals. *Sci Eng Ethics*. 2019;25(4):1167-92.
25. Goupil B, Balusson F, Naudet F, Esvan M, Bastian B, Chapron A, et al. Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016: retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases. *BMJ*. 5 de noviembre de 2019;367:l6015.
26. Leonardo Alves T, Lexchin J, Mintzes B. Medicines Information and the Regulation of the Promotion of Pharmaceuticals. *Sci Eng Ethics*. 2019;25(4):1167-92.
27. INEC. Actividades y Recursos de Salud [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2019 [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
28. Blakstad O. Método de muestreo estratificado [Internet]. 2015 [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://explorable.com/es/muestreo-estratificado>
29. Roco Videla Á, Hernández Orellana M, Silva González O. ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*. agosto de 2021;38(4):877-8.

INVESTIGADORA

Ivette María Ortiz Alcántara

Anestesióloga y Egresada de la Maestría en Estudios de Bioética por la Universidad Anáhuac México 2017-2019. Alumna de Doctorado en Ética Biomédica en el Instituto de Ética Biomedica e Historia de la Medicina (IBME) de la Universidad de Zurich, con la Beca a la excelencia del Gobierno Suizo.
ivette.ortiz@ibme.uzh.ch

ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN REGIONES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA EN MÉXICO. EXPERIENCIAS DE MÉDICOS QUE TRABAJAN EN ESTAS ZONAS O QUE HAYAN QUE REALIZADO EL SERVICIO SOCIAL EN ZONAS DE CONFLICTO

RESUMEN

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, en Julio de 2022, se dió a conocer que las muertes por agresiones con arma de fuego han incrementado (INEGI 2022). La tasa de homicidios dolosos y la violencia desde 2017 alcanza cifras comparables con regiones en conflicto (Enciso 2017). Este panorama de inseguridad ha alcanzado a los profesionales de la salud, como a los médicos pasantes en servicio social. Estas condiciones no proveen facilidades para derechos fundamentales y afectan también/entre otros el derecho a la protección de la salud de las personas que se encuentran en estas regiones, sobretodo en los últimos años con la crisis sanitaria por COVID-19. Nuestro objetivo es acercarnos a través de experiencias contadas por profesionales de la salud, como se vive la medicina en tiempos de inseguridad y con escasez de recursos a través de entrevistas conformadas para 1) conocer las experiencias de médicos en circunstancias de violencia y si estas circunstancias afectan la asignación de recursos en salud y 2) conocer como cambiaron estas circunstancias en el contexto de la pandemia por COVID-19. Metodología: Se realizará una revisión bibliográfica así como 10 entrevistas individuales,

con preguntas semiestructuradas a médicos que trabajen ó estén haciendo ó hayan terminado el servicio social dentro de los últimos diez años, en áreas rurales o aquellas que se encuentran más vulnerables a la violencia. Actualmente se mantiene abierta la invitación a médicos que quieran participar pueden comunicarse a través del correo electrónico ivette.ortiz@ibme.uzh.ch

INTRODUCCIÓN

1. Una mirada global del trabajo médico en zonas violentas.

El cuidado de la salud puede verse tremendamente afectado, en ambientes de alta violencia o inseguridad que el maestro en Salud Global en el Instituto Karolinska de Estocolmo Ludvig Foghammar conceptualiza como ambientes complejos de seguridad, los cuales se refieren a contextos de crisis humanitarias y civiles causadas no sólo por conflictos armados, también por condiciones precarias, desastres o falta de gobernanza. En estas situaciones pueden presentarse ataques a los individuos, obstrucciones, discriminación, ataques a establecimientos de salud o adjudicaciones inapropiadas de insumos y hasta la criminalización de los profesionales de la salud (Foghammar 2016).

El problema de la inseguridad para llevar acabo el trabajo médico, no es un asunto reciente, estos profesionales tienen que enfrentar una serie de diversos peligros y desafortunadamente muchas pacientes o personas en necesidad no pueden recibir la ayuda humanitaria como lo indican la Convención de Ginebra en 1949 y los Protocolos adicionales de 1977 (Redwood-Campbell LJ, Sekhar SN, Persaud CR. 2014).

En México, según el recién publicado comunicado de prensa del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI , en Julio de 2022, de forma preliminar se dio a conocer que en 2021 se registraron 35 625 homicidios y la principal causa se debió a agresiones con arma de fuego. (INEGI 2022). La tasa de homicidios dolosos y la violencia desde 2017 alcanza cifras comparables con países en conflicto armado, por lo que se ha llamado "Guerra contra las drogas" (Enciso 2017).

2. México, servicio social en medicina.

El ambiente de violencia que se vive en México, afecta de forma alarmante a todos los niveles de la sociedad. De tal forma que la inseguridad ha alcanzado a los profesionales de la salud, no sólo porque muchos centros

de salud y hospitales sobre todo en áreas rurales, han sido tomadas por el crimen organizado que a base de violencia dictan el deber de los médicos, además ha provocado que los profesionales de la salud eviten trabajar en estas zonas ya que las condiciones de trabajo no proveen facilidades para el Derecho fundamental a un trabajo seguro y de tal forma que el derecho a la protección de la salud de las personas que se encuentran en estas regiones también se ve gravemente perjudicado, situación que en los últimos dos años ha recrudecido por la crisis sanitaria por COVID-19. Un sector que ha sido vulnerable a esta situación son los médicos pasantes en servicio social, que son jóvenes médicos que requieren completar este servicio para poder obtener el título universitario.

El servicio social en Medicina fue creado en 1936 durante el sexenio del General Lázaro Cárdenas del Río, en respuesta a la problemática de cobertura en salud de las regiones rurales y más necesitadas, así como de recompensar a la sociedad, de tal forma que se estableció en 1936 un acuerdo entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Departamento de Salubridad Pública, para que los pasantes de Medicina cumplieran con 5 meses de trabajo en el medio rural como un requisito para poder obtener el título universitario (M.E. Rodríguez, et al.2017). Desde entonces, las localidades que son asignadas a los médicos pasantes de medicina, son en regiones con un menor desarrollo social y económico principalmente en zonas rurales (López Bárcena J, et al. (2004).

El objetivo de que los médicos pasantes cumplan con el trabajo en estas zonas ha sido principalmente cuestiones laborales y financieras a nivel estatal y federal, ya que las fuerzas laborales profesionalizada prefiere no acudir a este tipo de ubicaciones por diferentes razones. Este año de trabajo rural ha sido caracterizado por múltiples retos y situaciones sociales y culturales: Así como la presencia de Inseguridad, calificando al Servicio social como una actividad sumamente riesgosa (Nigenda, G. 2013).

Un estudio de percepción de las condiciones de trabajo del Servicio social, encontró que un porcentaje abrumador de los Médicos pasantes encuestados percibieron inseguridad en tres grandes rubros.

a. Afecta directamente al médico:

37.4 % no sintió seguro en la localidad

26.7% afirmó riesgo de perder la vida en algún momento.

b. Víctimas de Intentos y ejecución de actos delictivos

35.9% intentos de ingreso sin consentimiento al centro de salud,
16.8 % lograron entrar.

1.5% víctimas de secuestro o intento.

23.3 % consideró no seguir con el servicio social , por estas razones.

c. Incapacidad de protección.

71.8% las autoridades locales no mostraron interés por la seguridad del médico. (Ramírez de la Roche, O. 2012)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace más de 10 años, medios de comunicación han informado de de la situación problemática que se enfrenta en estos ambientes complejos de seguridad (Fig 1. Castro, R. 2018).

Cuadro 1 Cobertura mediática de violencia externa

Fecha Denuncia
2011- Primeras notas periodísticas que denuncian que, por temor a la VE, médicos abandonan comunidades en Durango y Tamaulipas. Algunos médicos
2012 han cambiado sus horarios de atención, sólo atienden a conocidos y rechazan visitas domiciliarias.
2012- Primeras marchas gremiales en Ciudad Juárez y Morelos; médicos exigen condiciones de trabajo más seguras.
2012- #niunpasantemás.
2013
2014 Surge el movimiento #yosoy17 cuando 16 médicos de Guadalajara fueron acusados y detenidos por negligencia médica.
2014 Marchas gremiales en Morelos para exigir condiciones de trabajo más seguras.
2014- Aumenta la cobertura sobre secuestros, asesinatos y extorsión de médicos en Guerrero, León, Jalisco, Veracruz y D. F. Los médicos tienen miedo
2017 de ser "levantados" por miembros del crimen organizado para atender a capos y narcotraficantes.
2016 Médicos empiezan a organizarse contra las condiciones de inseguridad a nivel nacional y, el 22 de junio, realizan un paro organizado por #yosoy17,
con marchas en Durango, Veracruz, Jalisco y el D. F. Demandan condiciones laborales más seguras y la "no criminalización del acto médico".
2016- Aumenta el número de comunidades abandonadas por médicos en Guerrero y Durango.
2017

Fig. 1. Ejemplo de notas en medios y movilizaciones para manifestar la creciente situación de inseguridad y el trabajo médico. Castro, R. (2018) Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. Estud.sociol vol.36 no.108 Ciudad de México sep./dic. 2018. Available at https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-64422018000300539&script=sci_arttext

En una estimación se ha encontrado que en los últimos cinco años un médico pasante perdió la vida de forma violenta cada año. (Sánchez Reyes Cristina 2022).

Los últimos dos años durante la pandemia por COVID-19 se ha intensificado esta situación.

El pasado 15 de julio de 2022 fue asesinado de un Médico Pasante en Servicio Social de 24 años, mientras realizaba sus labores médicas en el

Estado de Durango. Desafortunado evento que desató las protestas en diferentes Estados del País como Ciudad de México, Coahuila, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas. Durante ésta manifestación, médicos en formación solicitaron a las autoridades estatales y federales así como universitarias tomar medidas que ayuden a solucionar el problema (Vega Andrea 2022). De la misma forma diferentes organizaciones no gubernamentales han pedido que se debe garantizar el bienestar y seguridad de los médicos (Sánchez Reyes Cristina 2022).

Por otro lado no existe completa claridad acerca de las cifras oficiales de esta problemática, la Secretaria de Salud del Gobierno federal refirió 34 denuncias de agresiones o amenazas contra los médicos pasantes de 12 instituciones de educación superior, sin embargo en otro reporte de una de estas instituciones se informó que de enero de 2007 a septiembre de 2015 se registraron 50 denuncias de médicos pasantes estudiantes de dicha institución (Estrada Andrés 2016).

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es conocer a través de experiencias contadas por profesionales de la salud, como se vive la medicina en tiempos de guerra, tiempos violentos y con extrema escasez de recursos.

La entrevista está conformada para:

1. Conocer las experiencias de médicos en circunstancias de violencia y si estas circunstancias afectan la asignación de recursos en salud.
2. Conocer como cambiaron estas circunstancias en el contexto de la pandemia por COVID-19.
3. Conocer el impacto sobre la alocaión de recursos y en particular el triaje en contextos de violencia.

METODOLOGÍA

El estudio está diseñado con una metodología mixta, por un lado la revisión bibliográfica permite mostrar la situación actual que se vive en México así como los antecedentes. Como se ha informado y la respuesta que se ha presentado, en la sociedad, con las autoridades , en el gremio médico y en el medio académico. Esta búsqueda de información ha sido clave para crear las preguntas de las entrevistas (la segunda metodología) a los médicos y poder conocer valiosa información directamente de quien ha vivido o vive en esta compleja situación.

1. Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo durante noviembre y diciembre de 2022 de artículos de prensa, comunicados de prensa de Institutos nacionales, así como Gacetas médicas y bases de datos Scielo y Google scholar con las palabras clave: "servicio social en medicina en México" , "inseguridad en servicio social de medicina en México" , "pasantes de medicina", "violencia en México". Se eliminaron artículos que sólo describieran datos del programa académico del servicio social ó cuestiones administrativas.

2. Entrevistas

Se realizarán entrevistas con preguntas semiestructuradas a médicos que trabajen ó estén haciendo ó hayan terminado el servicio social dentro de los últimos diez años, en áreas rurales o aquellas que se encuentran más vulnerables a la violencia, como lo muestran las estadísticas publicadas por el INEGI acerca de la percepción de la inseguridad (INEGI 2022. Comunicado de prensa núm. 502/22).

La participación es voluntaria y absolutamente anónima, se contactarán por medio de correo electrónico. El consentimiento informado será obtenido en español previo al inicio de la participación. Las entrevistas serán video grabadas así como en audio, si así lo solicita el participante únicamente se grabará el audio. Se realizarán por medio de plataformas online, en su mayoría zoom, se usará la versión de la Universidad de Zurich, la cual obedece las norma de seguridad de datos que aplican a la Universidad.

Las entrevistas tendrán una duración de entre 30 a 60 minutos. Las cuales se transcribirán y se analizará en conformidad a los lineamientos de análisis de datos cualitativos (Fatemeh R. 2004; Tong. A; et al., 2007; Mayring, P. 2019). La realización de las entrevistas está proyectada durante Diciembre de 2022 y Enero 2023. Los nombres de los entrevistados serán codificados si es necesario. Todos los datos se almacenarán y tratarán de acuerdo con las normas de protección de datos de la Universidad de Zurich.

Estado actual del estudio

Se ha contactado con profesores universitarios de áreas básicas y clínicas para extender la invitación a exalumnos y/o Médicos residentes, así como organizaciones y colectivos médicos los cuales han mostrado falta de respuesta.

La participación en este estudio es muy valiosa, por lo que hacemos una atenta invitación a médicos que quieran colaborar pueden escribir a la siguiente dirección de correo electrónico ivette.ortiz@ibme.uzh.ch

REFERENCIAS

Redwood-Campbell LJ, Sekhar SN, Persaud CR. (2014). Health care workers in danger zones: a special report on safety and security in a changing environment. *Prehosp Disaster Med*; 29(5):503-507. Available at www.cambridge.org

Foghammar L. et al. (2016) Challenges in researching violence affecting health service delivery in complex security environments. *Social Science & Medicine, Volume 162*, August, Pages 219-226

M.E. Rodríguez, et al.(2017): La salud durante el Cardenismo (1934-1940). *Gaceta Médica de México*. 153. 608 625. Available at www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm175i.pdf

López Bárcena J, et al. (2004).Servicio Social de Medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. *Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.5* Septiembre-Octubre, available at www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045b.pdf

Nigenda, G. (2013). Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Publica Mex* 2013;55:519-527 available at www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n5/v55n5a10.pdf

Ramírez de la Roche, O. (2012) Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles educativos vol.34 no.138* Ciudad de México sep. Available at www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000400007

Sánchez Reyes Cristina (2022). ONG pide garantizar seguridad y bienestar a pasantes de medicina en México. *Swissinfo.ch* Available at www.swissinfo.ch/spa/méxico-salud_ong-pide-garantizar-seguridad-y-bienestar-a-pasantes-de-medicina-en-méxico/47777056

Castro, R. (2018) Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estud. sociol vol.36 no.108* Ciudad de México sep./dic. 2018. Available at www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-64422018000300539&script=sci_arttext

Vega Andrea (2022)."Ni un pasante menos": médicos en formación protestan y exigen condiciones de seguridad en su servicio social. *Animal político*. Available at www.animalpolitico.com/2022/07/medicos-protestan-asesinatos-exigen-seguridad/

Estrada Andres (2016). El crimen amanaza a medicos pasantes. *Periodismo de Investigación. El Universal*. Available at www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-investigacion/2016/02/7/medicos-pasantes-blancos-del-crimen

INEGI 2022. Comunicado de prensa núm. 502/22. 8 de septiembre de 2022. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2022. Available at www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ENVIPE/ENVIPE2022.pdf

Fatemeh R. 2004 .Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society* 63, 655–660 Available at www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E5A028A3DA12A038A7D49566F73416B8/S0029665104000874a.pdf/focus-group-interview-and-data-analysis.pdf

Tong. A; et al., 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 19, Number 6: pp. 349 –357 . Advance Access Publication: 14 September 2007 Available at <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>

Mayring, P. 2019. Qualitative content analysis: demarcation, varieties, developments. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 20, No. 3) Available at www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/3343/4558

INVESTIGADOR

Fernando Ignacio Licona Cervantes

Licenciado en Filosofía. Maestro en Estudios de Bioética. Especialista en Gestión Cultural. filideuus@hotmail.com

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DIF EN PACHUCA, HIDALGO

RESUMEN

La medicina todos los días tiene avances significativos, es por ello importante analizar y reflexionar en la atención integral a niños en cuidados paliativos, para la Organización mundial de la salud, los cuidados paliativos son: El “cuidado integral” de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su meta era lograr la mejor calidad de vida posible en los pacientes y en sus familias, hoy en día podemos decir que uno de los propósitos de la medicina cuando no hay posibilidad de cura o mejora es ofrecer la mejor calidad de vida para el paciente, por ello es muy importante analizar cómo se ofrecen los cuidados paliativos a pacientes menores de edad en el Hospital del niño DIF, ver si el hospital cuenta con todos los recursos necesarios y sobre todo saber si existe equipo multidisciplinario para brindar al paciente y a su familia una atención integral necesaria para la etapa de la enfermedad que están viviendo.

Abordar los cuidados paliativos desde la mirada de la bioética, nos ayuda a respetar la dignidad del paciente, puesto que Los conflictos éticos pueden ser diversos porque los cuidados paliativos tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento, la fragilidad y la vulnerabilidad de los enfermos y de la misma familia. La bioética nos ayuda a pensar y a razonar con rigor, de tal manera que podamos explicar y argumentar por qué tomamos esta decisión y no otra en beneficio de la persona (paciente).

IDENTIFICAR Y DEFINIR EL PROBLEMA BIOÉTICO

Los cuidados paliativos van dirigidos a pacientes no curables, es decir pacientes en etapa terminal de alguna enfermedad, pacientes con una comorbilidad que sean crónicos o degenerativos y que no encuentren una cura para su enfermedad.

Los pacientes para que pueden utilizar los cuidados paliativos no solamente son los de etapa final de una enfermedad, sino también pueden ser los de diferentes patologías, y edades diferentes, para que sus síntomas puedan ser manejadas y puedan modificar el dolor y se busca a la vez una mejor calidad de vida para el paciente. Se buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes tanto adultos como niños que padecen enfermedades que limitan su vida o son terminales.

Su objetivo no es curar al paciente ni prolongar su vida, sino conseguir que no sufra o que sufra lo menos posible y en este caso en los pacientes infantiles puedan gozar de una vida digna y su familia pueda participar de todo el proceso que implican los cuidados paliativos.

Desde la bioética clínica analizaremos el avance de los cuidados paliativos en el Hospital del Niño DIF, de la misma forma veremos como se han ido integrando en los diferentes niveles de atención hospitalaria y veremos si los cuidados paliativos llegan a tiempo o no para los pacientes infantiles y su propia familia.

En esta investigación se debe definir lo siguiente:

- A que pacientes infantiles se les otorga los cuidados paliativos.
- Que enfermedades se les considera para poder aplicar a los cuidados paliativos.
- En que nivel de atención médica se ofrecen los cuidados paliativos.
- Saber el modelo de atención que se siguen en los cuidados paliativos y si son tanto para el hospital o también son ofrecidos para el hogar del paciente infantil.
- Como esta conformado el equipo de cuidados paliativos.
- Conocer si los pacientes infantiles y su familia comprenden su diagnostico y si han aceptado y firmado consentimiento informado.

Objetivo general:

- Conocer la situación actual de los cuidados paliativos en el Hospital del Niño DIF y sus áreas de aplicación

Objetivos específicos:

- Conocer a que población infantil son aplicables los cuidados paliativos en el Hospital del Niño DIF.
- Conocer el tratamiento farmacológico del dolor moderado o grave en cuidados paliativos pediátricos
- Identificar a que pacientes infantiles se les puede otorgar quimioterapia y radioterapia paliativa participación del menor en la toma de decisiones y cuidados al final de la vida-
- Identificar la mejor comunicación con el paciente y la familia.

HIPOTESIS

Los cuidados Paliativos han mostrado de ser de gran ayuda para los pacientes pediátricos y a su vez a su familia cercana, Los cuidados paliativos para niños son únicos y específicos; requieren habilidades, organización y recursos diferentes a los de los adultos. Uno de los aspectos que distinguen la atención paliativa en la edad pediátrica es la amplia variedad de enfermedades amenazantes para la vida o de pronóstico letal que son candidatas a ser objeto de cuidados paliativos, por ello es importante observar la manera como se otorgan en el Hospital Infantil DIF y coadyuvar a mejorar el servicio de cuidados paliativos pediátricos en beneficio de la población infantil.

PROBLEMATIZACIÓN

Actualmente en México los cuidados paliativos pediátrico son parte de la atención en materia de salud, incluidos en la normatividad vigente, pero debemos saber como se dan en el Hospital infantil del DIF Hidalgo para poder identificar fortalezas, amenazas y a su vez conformar un grupo multidisciplinario que apoye tanto paciente infantil como a su familia por el problema que están atravesando.

MARCO NORMATIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

- A. Ley General De Salud. Título Octavo Bis. De Los Cuidados Paliativos A Los Enfermos En Situación Terminal
- B. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación

De Servicios De Atención Médica. Capítulo Viii Bis. Disposiciones Para La Prestación De Servicios De Cuidados Paliativos

- C. Norma Oficial Mexicana Nom-011-Ssa3-2014, Criterios Para La Atención De Enfermos En Situación Terminal A Través De Cuidados Paliativos
- D. Acuerdo Por El Que Se 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 En El Paciente Pediátrico
- E. Acuerdo Que Modifica El Anexo Único Del Diverso Por El Que El Consejo De Salubridad General Declara La Obligatoriedad De Los Esquemas De Manejo Integral De Cuidados Paliativos, Así Como Los 2 Procesos Señalados En La Guía Del Manejo Integral De Cuidados Paliativos, Publicado El 26 De Diciembre De 2014
- F. Guía De Evidencias Y Recomendaciones. Actualización 2017

En cuanto a la normatividad en México, de acuerdo al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todos tenemos derecho a la protección de la salud, siendo la ley la que define las bases y modalidad para el acceso a los servicios de salud (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017). De acuerdo a la Ley General de Salud en el artículo 1ro se establece que, dicha ley, reglamenta el derecho a la protección de la salud en los términos previamente comentados del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de aplicación en toda la República y siendo sus disposiciones de orden público e interés social, entendiendo por salud un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad, con la finalidad de contribuir a dicho bienestar y al pleno ejercicio de sus capacidades. El artículo 3º de dicha ley marca que es materia de salubridad general tanto la organización, como el control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud; en el artículo 77 se establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en materia de Salud, sin importar su condición social (Ley General de Salud, 2017). De acuerdo al Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 4to, corresponde a la Secretaría de Salud emitir las normas oficiales a que se ajustará, en toda la república, la prestación de servicios de salud en cuestión de atención médica, que se publicarán en el Diario Oficial de la Federación.

DISCUSIÓN

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

CONCLUSION

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del paciente siempre respetando su dignidad humana y buscando su bienestar. En 2014, en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud) se instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención primaria y la atención comunitaria y domiciliaria, en México vivimos tiempos donde debemos tomar en cuenta los cuidados paliativos puesto que nuestro sistema de salud ya los contempla, es hora de llevarlos a la realidad y de forma correcta en beneficio del paciente pediátrico y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

<https://viviendolasalud.com/enfermedades/enfermedades-mas-comunes-mexico>

https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/principales_nacional.html

www.periodicodigital.mx/mexico-entre-los-paises-con-menos-cuidados-paliativos-en-al/

CISTERNAS REYES, M. S. (2021). Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 26(93), 225–241. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4629570>

Freidin, B. M. María Freidin, B. y Di Virgilio, M. (2017). Recorridos de la indagación social empírica: cómo construimos el problema de investigación y elaboramos el marco teórico. D - IIGG. <https://elibro-net.eu1.proxy.openathens.net/es/lc/anahuac/titulos/66350>

Tarasco, M. (2019). Modelo de la Metodología de la Bioética [revista interactiva]. Anáhuac Online.

Lam Díaz, Rosa María. (2016). La redacción de un artículo científico. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 32(1), 57-69. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892016000100006&lng=es&tlng=es

LEY GENERAL DE SALUD. TÍTULO OCTAVO BIS. DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A LOS ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL

ACUERDO POR EL QUE SE 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 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO • ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO ÚNICO DEL DIVERSO POR EL QUE EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL DECLARA LA OBLIGATORIEDAD DE LOS ESQUEMAS DE MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, ASÍ COMO LOS 2 PROCESOS SEÑALADOS EN LA GUÍA DEL MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, PUBLICADO EL 26 DE DICIEMBRE DE 2014 • GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS. GUÍA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. ACTUALIZACIÓN 2017

Aprender LyX. (2012, 15 de diciembre). Planteamiento del Problema, Definición - Partes del Planteamiento de un Problema [video]. YouTube. <https://youtu.be/jnqONgntR6g>

Trujillo Garrido, N. (2015). Cuidados paliativos. Dextra Editorial. <https://elibro-net.eu1.proxy.openathens.net/es/lc/anahuac/titulos/1384>

INVESTIGADOR

Aldo Alejandro Lara Romero

Alumno Maestría en línea en Estudios de Bioética. Universidad Anáhuac

Online aldo.lara@anahuac.mx

PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA DEL TRATAMIENTO A PERSONAS DELINCUENTES: UNA PROPUESTA DESDE LA BIOÉTICA

RESUMEN

Se establece que a partir de la bioética principialista, se puede realizar una propuesta viable para el tratamiento de las personas que han cometido algún delito. El artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece los fundamentos del Sistema Penitenciario Nacional, señala que éste se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo y su capacitación, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción de los sentenciados a la sociedad y procurar que no reincidan. Tomando en cuenta el reconocimiento a la dignidad de la persona delincuente, se puede ejecutar un plan de acción basado en ofrecer beneficios específicos para que dichos individuos participen en la toma de decisiones al respecto de su estancia en los Centro de Reinserción Social (CERESOs) de la República Mexicana, con la finalidad de contribuir al objetivo de reinsertar de forma integral al interno a la sociedad. Así mismo, se advierte que la Bioética como interdisciplina coadyuva en el establecimiento de atención en el ámbito biológico, psicológico, social y espiritual para resolver el problema de la delincuencia enfocándose en la compensación del daño a las víctimas, haciendo a las personas delincuentes responsables de sus acciones y también, involucrando a la comunidad en la resolución del conflicto.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento para personas delincuentes, usualmente está dirigido desde un enfoque psicológico; siendo un elemento esencial en cuanto a tratamiento, en cambio, no se han explorado otros enfoques interdisciplinarios para llevar un abordaje integral de la persona delincuente en el que sea favorable su inserción a la sociedad, en México al haber múltiples limitaciones en cuanto a una rehabilitación social implica que no exista el enfoque interdisciplinar para la reintegración y reestructuración de la persona delincuente, dejando como incógnitas todos estos procedimientos. Por ello al proponer la interdisciplinariedad como un método que propone colaborar en la toma de decisiones para emitir recomendaciones con respecto a la reinserción de la persona delincuente, apertura un campo fértil de intervención e injerencia para la Bioética.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es posible proponer un enfoque interdisciplinar a partir de la Bioética, que pueda favorecer la reinserción social de forma integral en la persona delincuente?

OBJETIVOS

- Proponer un enfoque interdisciplinar para el tratamiento e intervención de personas delincuentes.
- Proponer un nuevo campo de acción para los bioeticistas en el ámbito de rehabilitación social y forense.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio cualitativo, descriptivo con revisión de la literatura para desarrollar un enfoque interdisciplinar para el tratamiento e intervención de personas delincuentes y proponer un nuevo campo de acción para los bioeticistas en el ámbito de rehabilitación social y forense.

DESARROLLO

El tratamiento para las personas delincuentes usualmente es de carácter psicológico, donde busca influir cambios relacionados con la cognición, percepción y conducta, con la finalidad de examinar y comprender una cuestión de reincidencia al delito y de rehabilitación que permita a la

persona poder reinserirse en la sociedad. Este enfoque, al ser el más empleado en cuanto a una intervención para las personas delincuentes, incita al usuario a tener una reestructuración a nivel psicológico y social. Sin embargo, no se han explorado otros enfoques interdisciplinarios que contribuyan a que la persona se inserte nuevamente a un entorno social de manera favorable.

Los métodos de tratamiento que más se frecuentan son con relación a comunidades grupales, terapia individual, grupos enfocados a la realización de actividades comunitarias o incluso de carácter militar, y dependiendo de algún tipo de alteración que posea la persona delincuente (asociado a adicciones) se busca una parte de manejo de sustancias y de control de daños.

Todo este tipo de intervenciones van encaminadas a una atención específica, esto con referencia a las personas que presentan algún tipo de trastorno mental con una severidad determinada y a personas que buscan de forma voluntaria su reinserción a la sociedad.

No obstante, al manejar únicamente un aspecto de tratamiento psicológico, solamente se atiende un aspecto de la integridad de las personas, y al enfocar la atención a un solo elemento, no se fomenta el desarrollo integrativo. Por ello, manejar un aspecto integral donde se utilice una metodología interdisciplinaria, favorecería a la rehabilitación para la persona delincuente, sin mencionar que esto beneficiaría a la persona a desarrollar nuevas percepciones y enfoques que promuevan su reintegración.

Dicha metodología interdisciplinaria se manejaría por medio de la participación e injerencia de los campos de la psicología cognitiva, psicoanálisis, psiquiatría, trabajo social y la bioética, con el fin de promover una colaboración interdisciplinaria asociados a la reinserción y rehabilitación social.

PROPUESTA DESDE LA BIOÉTICA

Desde un enfoque de la bioética principialista, se propone que con referencia a los principios que esta misma corriente propone se adapte de la siguiente forma:

- Bajo un principio de beneficencia: se busca que la persona delincuente; desde la intervención interdisciplinaria desarrolle

nuevas percepciones y enfoques que promuevan una reinserción y rehabilitación social.

- Bajo un principio de justicia: Las intervenciones y tratamientos sean aplicados de manera equitativa para favorecer su acceso y efectividad.

Con base a estos principios también se formulan campos de acción específicos de la bioética, que buscarían colaborar en la toma de decisiones para emitir recomendaciones.

FUNCIONES PROPUESTAS

- Velar por el respeto de la persona delincuente en proceso de rehabilitación, salvaguardando por los principios de beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía.
- Verificar que las condiciones mentales de la persona delincuente sean aptas para la rehabilitación social, evitando un riesgo latente hacia la sociedad.
- Promover que desde el enfoque interdisciplinario existan las condiciones sociales, familiares, y de inclusión para promover una integración a la sociedad de una manera digna.

CONCLUSIONES

El presente estudio aún no emite resultados, dado que se encuentra en desarrollo. Empero, se espera que la figura del bioeticista sea admitido en campos diversos para subrayar que la intervención interdisciplinaria es esencial para el estudio de fenómenos complejos actuales, siendo la clave para la toma de decisiones en diversos aspectos de la vida humana.

REFERENCIAS

1. Bartumeus, A. M. (2022). Ética del psicólogo forense. Con-ciencia criminal: Criminología, psicología jurídica y perfilación criminal, 8
2. Duarte, S. L. M., Quintero, A. G., & Medina, A. G. P. (2020). Regulación del tratamiento penitenciario y carcelario en el marco de los derechos humanos. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (59), 166-187.
3. Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. Adicciones, 28(1), 48-56.
4. Gallardo García, R. M. (2016). Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: la necesaria adaptación de la norma. Anuario da Facultad de Dereito da Universidade da Coruña, 20, 139-160.
5. Garmendia, V. S., & López-Pinar, C. (2017). Impulsividad y empatía en una muestra de

delincuentes en tratamiento: diferencias entre delincuentes sexuales y no sexuales. Información psicológica, (114), 2-14.

6. Garrido, V. & González A. (S/F) El tratamiento de los delincuentes.

7. Illescas, S. R. (2016). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Ediciones Pirámide.

8. Martínez-Catena, A., & Redondo, S. (2016). Etiología, prevención y tratamiento de la delincuencia sexual. Anuario de Psicología Jurídica, 26(1), 19-29.

9. Repko, A. F. (2007), Integrando Interdisciplinariedad: Cómo las teorías de terreno común y la interdisciplinariedad cognitiva Están informando el debate sobre la integración interdisciplinaria, Universidad de Texas, Estados Unidos de América, Disponible en: https://pics.unison.mx/doctorado/wp-content/uploads/2020/05/INTEGRANDO_INTERDISCIPLINARIEDAD.pdf

10. Rodríguez, J. G. E. (2019). La cárcel: ¿resocialización del delincuente?. Nueva Época, (52), 139-152.

11. Rojas, J. C. H. (2021). La procrastinación de la bioética en el tratamiento penitenciario Colombiano. Novum Jus, 15(2), 23-54

INVESTIGADOR

Agustín Ortega Cabrera

Investigador asociado de la Universidad Anáhuac México

agustinortega1972@yahoo.es

ECONOMÍA, TRABAJO Y ÉTICA: CIENCIAS SOCIALES EN DIALOGO CON LA FE

RESUMEN

La exposición presenta el trabajo de investigación sobre cuestiones sociales centrales como son la economía y el trabajo desde sus bases éticas, sus principios o valores que deben orientar a toda esta actividad socioeconómica y laboral. Como se observa, se presenta la enseñanza moral que guía a estas realidades sociales de la economía y del trabajo, en una perspectiva interdisciplinar, visibilizando sus fundamentos antropológicos, espirituales y teológicos.

La fe y esta Doctrina Social de la Iglesia (DSI) nos transmite un fecundo caudal ético, humanista y liberador que posibilita un desarrollo humano y ecología integral junto a una bioética global, un auténtico buen vivir. Esto es, las interrelaciones equilibradas (sostenibles), los cuidados y protección de la vida, dignidad e integridad de las personas, de los pueblos, de los pobres y de esa casa común que es el planeta tierra.

Una economía cimentada en principio del bien común, que asegure las condiciones de vida para este desarrollo humano, ecológico, bioético e integral promoviendo los derechos, deberes y capacidades de todo tipo. Para ello, asimismo, la actividad económica ha de guiarse por el principio del destino universal de los bienes, con esa equidad en el reparto de los bienes, que tiene la prioridad sobre el derecho de propiedad. Poniendo en el centro la clave del trabajo, la vida y dignidad del trabajador con sus derechos como es un salario justo, que está antes que el capital.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, viviendo en la era de la globalización que marca nuestro tiempo, las cuestiones sociales como es la economía y el trabajo adquieren cada vez más importancia. Una relevancia de dichas cuestiones, que afectan a la vida de toda la humanidad, de los pueblos, sobre todo, de los del sur empobrecido, de los pobres de la tierra y las víctimas de la historia.

El pensamiento social y la DSI, junto a los análisis o estudios sociales, nos muestra estas repercusiones y consecuencias que tiene toda esta realidad social, económica, laboral e histórica.

HIPÓTESIS

La auténtica economía y el verdadero trabajo, para que no se caiga en la deshumanización e injusticia, debe tener siempre una base ética, antropológica y espiritual al servicio de las necesidades, capacidades y del desarrollo humano e integral; con una opción clara por una economía bioética global al servicio de la vida y dignidad de la persona como son los trabajadores, los pobres y excluidos, en esta línea, promoviendo una ecología integral Tal como nos muestran los autores clásicos y actuales sobre estas cuestiones, la propia DSI.

OBJETIVOS

De forma coherente con nuestra hipótesis anterior, plateamos una economía y trabajo con sentido ético que posibilite el bien común, la equidad, la persona como sujeto protagonista, la justicia social en la opción liberadora con las pobres y las víctimas. Un pensamiento social y económico bioético con entrañas humanistas, morales y liberadoras al servicio de la existencia digna de los pueblos, de los movimientos populares, de los obreros, de los pobres, del buen vivir y la ecología integral.

METODOLOGÍA

Se usa el método propio y más cualificado del pensamiento social, ético y científico como es el interdisciplinar con un dialogo y encuentro fecundo entre las ciencias sociales, la filosofía y la teología con la DSI para ir logrando una cosmovisión humanista e integral.

Y es que, en esta óptica metodológica, la filosofía o la teología sin las ciencias sociales no se encarnan concretamente en la realidad social e histórica, en las esperanzas, retos, problemas e injusticias de nuestro tiempo; por tanto, se quedan en lo abstracto o etéreo. Al mismo tiempo, las ciencias sociales y sus realidades de estudio, como son la actividad económica o del trabajo, sin este sentido humanista, ético y espiritual: generan inhumanidad, inequidad y falta de sentido en todas estas esferas de la vida

RESULTADOS

De esta forma, científicos sociales y los papas como Francisco nos muestran que esta economía mata, empobrece y excluye. Unida la cultura de la muerte y de la guerra, niega la vida y dignidad de la mayor parte de la humanidad empobrecida, marginada y víctimas de todos estos ataques a la vida en todas sus fases, formas o dimensiones. Un sistema económico y laboral que está esclavizado por los ídolos del lucro, del capital, del beneficio, de la competitividad y de riqueza-ser rico. Convirtiendo esta vida y dignidad de la persona, junto a la naturaleza, en objeto de negocio, ganancia, materialismo y consumismo. Frente a lo anterior, como se observa, nuestro pensamiento social y ético con su metodología reseñada: trata de ir a las causas estructurales, culturales y personales de estos problemas, ataques a la vida, desigualdades e injusticias.

Estas estructuras económicas globales y perversas que anteponen el capital, el beneficio, la propiedad y la competitividad sobre las necesidades y las condiciones de existencia digna de las personas de los pueblos, de los pobres y de los trabajadores. Impidiendo así el principio clave del destino universal de los bienes y la civilización del trabajo decente, con sus derechos como es un salario justo. La cultura de la muerte y del descarte que, con su relativismo e individualismo posesivo, niegan los principios y valores innegociables: la vida, la familia, la libertad como es la educativa o religiosa y el bien común.

Los ídolos de la riqueza-ser rico, del poder, de la violencia y del tener que se imponen sobre el ser, sobre la persona fraterna y solidaria viviendo en la civilización de la pobreza espiritual. Esto es, siguiendo a Jesús pobre-crucificado que nos revela al Dios verdadero, compartir la vida, los bienes y la acción por la justicia con los pobres de la tierra. Igualmente, es muy necesario e imprescindible impulsar una banca ética, un sistema

financiero basado en la justicia social, frente a la especulación y usura, unido a un comercio justo, un sistema comercial con equidad en los intercambios u otras operaciones.

CONCLUSIÓN

Desde todo lo anterior, se podrá ir logrando una mundialización solidaria, de la paz y la justicia con sostenibilidad, la civilización del amor y del bien más universal, una bioética global y ecología integral junto a un auténtico buen vivir. Esa armonía, equilibrio y conexiones a nivel personal, en el ámbito social con los otros promoviendo la justicia ante el grito de los pobres, en el medioambiental cuidando de la casa común, que es el planeta tierra con sus clamores. Conectado (unido) al espiritual y trascendente desde la comunión con el Dios de la vida humanizadora, sostenible, moral, plena y eterna. En oposición a la globalización del capital, de la guerra y la destrucción de la existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bell Jr., Daniel M. La economía del deseo. Cristianismo y capitalismo en el mundo posmoderno. Granada: Nuevo Inicio, 2021.

Carbajo, M. Crisis económica. Madrid: BAC, 2013.

Gasda, E. Cristianismo y economía: repensar el trabajo más allá del capitalismo. Madrid: HOAC, 2017.

Lluch, E. Una economía que mata. Madrid: PPC, 2021.

Ortega Cabrera, A. (2019). Pensamiento social, ecología y bioética. Phainomenon, 18(2), 233–247. <https://doi.org/10.33539/phai.v18i2.1746>

Ortega Cabrera, A. (2021). La cuestión social y ética del trabajo en el 40 aniversario de labore exercens. Phainomenon, 20(2), 161–178. <https://doi.org/10.33539/phai.v20i2.2455>

Segovia, J. L. El capital contra el trabajo. Madrid: HOAC, 2013.

Sols Lucia, J. Cinco lecciones de pensamiento social cristiano. Madrid: Trotta, 2013.

Sorge, B. Introducción a la doctrina social de la Iglesia. Santander: Sal Terrae, 2017.

Tornielli, A. y Galeazzi, G. Papa Francisco: esta economía mata. Madrid: Palabra, 2015.

INVESTIGADORA

Yunuen Martínez Fuentes

Maestría en Bioética de la Universidad de Colima ymartinez21@ucol.mx

EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y SU POSIBLE EVOLUCIÓN A UNA NOCIÓN DE JUSTICIA SOCIAL DESDE LA REALIDAD LATINOAMERICANA

RESUMEN

En el presente trabajo motivo de la investigación, se pretende hacer una revisión crítica del principio de autonomía que en bioética contemporánea parece tener su punto de partida en los cuatro principios de ética médica publicados en Principles of biomedical ethics, como el principio fundamental que debería regir la toma de decisiones ético médicas y que de hecho así se ha establecido durante varias décadas, por lo que en el trabajo se busca rescatar una bioética fundamentada desde una perspectiva antropológica, por lo cual es necesario hacer una revisión de la antropología filosófica como fundamentación de la ética.

Por tanto, una bioética así entendida, no puede dejar de privilegiar el fin moral como guía de la vida y el vivir de las personas, es así como emergen nuevas perspectivas como la latinoamericana con un marcado enfoque en la protección de los derechos humanos donde el concepto de dignidad adquiere un rol moral frente a los demás y donde el proyecto de vida como desarrollo armónico de la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar constituyen valores indispensables para privilegiar el progreso moral.

Así pues, en el ámbito latinoamericano diversos teóricos de la bioética como los profesores Carlos Ignacio Massini, Juan Carlos Tealdi y Miguel Kottow han formulado críticas ante el principialismo hegemónico de Principles of biomedical ethics poniendo en tela de juicio el pretendido

carácter de universalidad a la teoría de principios de la ética médica ahí descrita, al argumentar que esos principios son producto de su realidad sociocultural e histórica y no pueden ser aplicados en sociedades diversas como las que confluyen en América Latina.

De esta manera, en el actual trabajo de investigación, se busca realizar una revisión acerca de la relevancia del principio de autonomía desde una perspectiva clásica, moderna y además desde una visión latinoamericana, donde la bioética se está desarrollando en una estrecha y necesaria vinculación con los derechos humanos en la cual, la multiculturalidad marca la pauta de las reflexiones críticas sobre las cuestiones del vivir humano a partir de las perspectivas históricas, sociales y culturales.

COMPILADO Y ELABORADO POR:

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Coordinadora de Investigación de la Facultad de Bioética

MPSS José Alfonso de la Fuente Rivera

Dr. Fernando Fabó L.C.
Director de la Facultad de Bioética

Contacto: elizabeth.delosrios@anahuac.mx



Facultad de Bioética