

Bioética: algunas reflexiones

Catalina Eibenschutz

"Debemos añadir más ética a la política y más política a la medicina"
Giovanni Berlinguer 1993.

A fines del siglo XX nos encontramos frente a un panorama mundial muy complejo y difícil de entender, dominado por el modelo neoliberal y el libre mercado, la pobreza extrema, la desigualdad y la injusticia social. Para algunos se trata del fin de la humanidad, para otros, entre los cuales me cuento, se trata del difícil parto de un nuevo mundo.

Lo que me lleva a adoptar esta perspectiva que se puede llamar optimista, es el reconocimiento de nuevas fuerzas sociales que, sin obedecer a la estrechez de algunas teorías, se abren espacio en la realidad de muchos países, me refiero al ¡YA BASTA! del EZLN, al movimiento de mujeres, al movimiento ciudadano y al ecologista, presentes en casi todo el mundo. El reclamo generalizado es: por una vida mejor, por más justicia y dignidad, por una paz digna y por el cumplimiento de los derechos ciudadanos.

En estos difíciles momentos, el mundo académico y profesional empieza a recuperar el discurso de la ética y la moral. En el campo biológico se habla de bioética, como la concepción más amplia de la ética del mundo viviente, de la ética del ambiente, de la biodiversidad y, dentro de ella, de la ética médica. En la introducción de la *Enciclopedia de Bioética* () aparece la siguiente definición de bioética:

Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención a la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios morales....

La bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación médico-paciente. La bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos:

Fecha de recepción: marzo de 1998
Fecha de aprobación: mayo de 1998

Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

a) Comprende los problemas relacionados con valores en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones "afines" y las vinculadas con la salud mental.

b) Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no en forma directa sobre la terapéutica.

c) Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional y la internacional y la ética del control de la natalidad, entre otras.

d) Va más allá de la vida y de la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, por ejemplo, en lo que concierne a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

Independientemente de las carencias en esta definición y el desacuerdo que se pueda tener principalmente por la estrechez de su perspectiva medicalizada y biológica, es la aceptada tácitamente por la OPS en el año de 1990 y constituye un punto de partida útil.

Quiero plantear que las conductas en la bioética no son sólo el resultado de valores individuales, sino de acuerdos sociales entre grupos con diferentes valores y, por consiguiente, es un problema de carácter complejo que requiere de diferentes disciplinas para ser abordado y acordado. Es decir, requiere de la multi y la interdisciplina.

Aceptando una perspectiva amplia de bioética, se entiende que abarca problemas tales como la ciencia, la epistemología, la política social, los modelos de atención médica, los problemas de los usuarios y de los médicos, la relación médico paciente; los costos y responsabilidades en la atención a la salud y otros muchos. Lo importante es ¿cuáles son los valores sociales que le dan contenido a esta ética? no pretendo abarcar en esta reflexión todos los problemas que derivan de este campo, pero sí señalar algunos elementos desde una perspectiva cuestionadora, que abra el horizonte para reflexiones más profundas.

Ética y religión

Sin duda alguna, la bioética le debe mucho a la religión, pero frecuentemente, se confunde con ella; un ejemplo interesante de esto fue la presencia de religiosos como única autoridad moral en el Congreso de Bioética de México de 1994, donde parecía que los religiosos eran los únicos autorizados para tratar el tema. Pienso que la bioética ha sufrido un proceso de secularización positivo, en parte debido al desarrollo de las ciencias biológicas y médicas y también a la evolución y cuestionamiento sobre la estructura de las Iglesias y la interpretación de sus principios. Por lo cual, me parece

importante reconocer que la secularización ha producido un desarrollo de la bioética que podríamos llamar social e individual, al margen de las religiones.

La historia de la ética, y de otros campos de la ciencia y del comportamiento humano, obliga a plantearse nuevas preguntas con respecto al comportamiento bioético y no solamente a dar soluciones. Estas nuevas preguntas deben partir de la realidad concreta que se recrea constantemente y necesita ser comprendida para poder actuar y modificarla permanentemente dándole un sentido de servicio y de futuro al conocimiento. Es decir, la bioética está en permanente cuestionamiento y avance, no es un campo finiquitado, con valores absolutos.

La salud, el individuo y la sociedad

No es necesario insistir en que el problema de la salud y la enfermedad es un proceso histórico y socialmente determinado. Es precisamente la producción social, el desarrollo de la ciencia y el conocimiento, el aporte de las diferentes culturas, lo que produce enfermedades y también las cura. Si intentamos hacer un balance mundial del progreso en términos de situación de salud de la población, tenemos que reconocer que si bien existe una mejoría importante en términos generales, no es menos cierto que también existe un franco aumento de las diferencias y las desigualdades, tanto en las condiciones de vida como en las condiciones de salud de diferentes grupos poblacionales. La salud y la enfermedad tienen, sin lugar a dudas, una expresión en el individuo, que ha sido la más estudiada por la medicina, que ha avanzado en un conocimiento principalmente biológico sobre estos procesos, pero que es insuficiente para explicar los fenómenos colectivos de salud y de enfermedad y las marcadas diferencias encontradas.

La epidemiología es una ciencia que permite medir, comprender y demostrar la distribución desigual de la enfermedad en los diversos grupos humanos. Las disciplinas básicas para la epidemiología no son solamente la clínica, ni las matemáticas y la bioestadística, sino las ciencias sociales. Es decir, es tan importante medir, hacer números y estadísticas a nivel de toda la población, como analizar en ciertos grupos humanos que se asocian con necesidades de producción o geográficas o son el resultado de culturas específicas y también aplicar los mismos cálculos para interpretar las diferencias entre ellos. Es precisamente este análisis de la distribución de las enfermedades por grupos o clases, basado en las ciencias sociales, lo que pone en evidencia las desigualdades y permite entender los determinantes sociales de las mismas, lo cual es un elemento básico para sustentar nuevas posiciones bioéticas.

La bioética se basa en valores de la sociedad, a veces contradictorios y bastante cambiantes, por lo cual es un reto comprender sus determinaciones históricas y sus bases científicas.

Política sanitaria y valores

Cuando hablamos de política sanitaria, nos referimos a la voluntad manifiesta de un centro de poder, en este caso el gobierno, para modificar los servicios y las acciones de salud con el fin de mejorar la situación sanitaria de la población en cuestión. En general, la responsabilidad del gobierno es hacer explícita esta política (aunque no siempre se cumple) de forma que sea conocida por la población y por los trabajadores de la salud.

En toda sociedad que dice ser democrática, la explicitación de la política sanitaria se transforma en una responsabilidad del gobierno y un foco de supervisión y exigencia de la ciudadanía. En el caso de México, la política sanitaria se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Plan Nacional de Salud, que se reforman cada sexenio, su difusión es pobre y no existe un espacio ciudadano que supervise su cumplimiento. La formulación de éstos se hace en función de la llamada consulta popular y refleja valores que son compartidos por el conjunto de la sociedad.

Nadie en el momento actual se atrevería a negar algunos valores mundialmente aceptados en cuanto a los servicios de salud, tales como: justicia, equidad, democracia, libertad, honestidad, servicio y otros. Sin embargo, si intentamos profundizar en cada uno de ellos, encontraremos muy diferentes y hasta contradictorias interpretaciones de estos valores "compartidos" por todos. Como ejemplo me gustaría tomar el de equidad, tan usado en la formulación de la política sanitaria desde hace una década.

Equidad

La equidad o, más bien, la iniquidad en salud ha sido analizada desde el siglo XIX y en el siglo XX fue descrita magistralmente por Sigerist en 1943 en los siguientes términos:

En un mundo donde la producción de alimentos es tan grande que se puede alimentar a toda la población, donde la ciencia ha avanzado de tal forma que podría utilizar los recursos naturales para producir todos los bienes necesarios, la mayoría de los habitantes de la tierra están impedidos de llevar una vida sana. La pobreza continúa siendo la causa principal de las enfermedades y está muy por encima del control inmediato por parte de la Medicina.

Podemos afirmar que, en el momento actual, la situación no ha mejorado sino, por el contrario, las diferencias han aumentado, a pesar de que algunos datos epidemiológicos demuestran un avance en la situación de salud a nivel mundial. Las diferencias entre países y en el interior de cada país se han hecho más grandes, parecería que bajo el modelo económico neoliberal, la iniquidad aumenta en lugar de disminuir.

En la última década la política de salud ha reincorporado el discurso ético sobre la equidad, pero, ¿qué significado real tiene? Una interpretación simple entendería que los servicios de salud deben ser iguales en cantidad y calidad para todas las personas pero, en realidad, los individuos tienen diferentes necesidades, entonces, podríamos decir que equidad significa iguales servicios para iguales necesidades, pero, si reconocemos que en la realidad, por ejemplo, los habitantes urbanos en el caso de un accidente grave pueden acudir a un hospital en menos de una hora, siempre y cuando tengan derecho a cualquier servicio en su ciudad —lo cual es en sí una limitante, por lo menos en la mayoría de los países de Latinoamérica—, mientras que los habitantes de zonas rurales dispersas no lo pueden hacer debido, entre otras cosas, a las grandes distancias y a la deficiente comunicación, que responde a una racionalidad económica no cuestionada, tenemos que poner en duda que los servicios y la política de salud pueden influir por sí solos en alcanzar la equidad en salud.

Es éste el cuestionamiento que le corresponde a la bioética, el de cómo las instituciones enfrentan estos hechos de la naturaleza. La bioética no se puede limitar a una contemplación de las desigualdades del mundo natural y considerarlas como sabias, morales y justas. Este es precisamente el trabajo que nos corresponde a nivel individual, profesional y social, allí es donde la capacidad pensante de la humanidad se manifiesta como verdaderamente humana y sabia.

Como lo señala Berlinguer, más preocupante aún, es cuando la desigualdad se introyecta y no produce indignación, utilizando argumentos tales como:

la distribución natural del talento es desigual y constituye un hecho natural, las condiciones sociales en las que nacen los individuos también son un hecho natural.

Podemos aceptar que la riqueza de la diversidad natural produce estos hechos, lo grave, repito, es la forma en que las instituciones los tratan y reproducen los obstáculos al bienestar que se derivan de los llamados "hechos naturales".

En esta misma perspectiva, Lozano (1992) señala con ironía que la equidad es un valor que determina el grado de desigualdad moralmente aceptable en una sociedad en un momento determinado. El verdadero reto de la bioética en el momento actual es precisamente la desigualdad en las condiciones de vida, la aceptación social e institucional de esta desigualdad que profundiza las "diferencias naturales", en lugar de contrarrestarlas, hasta llevar al límite la indigencia y su círculo perverso para la salud. De esta consideración debe partir cualquier comportamiento ético tendiente a eliminar los obstáculos a la salud en todas sus implicaciones.

Bioética y nuevas preguntas

Las preguntas surgen de la interacción entre la ideología de los individuos y la realidad concreta, entendiendo la ideología como una mezcla de teoría, ciencia, experiencia e innovación. Es decir, surge de la cosmovisión de los individuos en una sociedad concreta y en un tiempo histórico definido. Los valores forman parte de esta cosmovisión también, pero no siempre se comparten, por consiguiente, la bioética no es únicamente un problema de dictar leyes y reglamentos, sino de obtener consensos sociales sobre los valores.

Hay valores que están fuera de toda discusión aparente, por ejemplo, el bien y el mal. En la medicina frecuentemente se oye decir a un cirujano "la operación ha sido un éxito" y el paciente se encuentra mantenido en vida de forma totalmente artificial y se siente mucho peor que antes. ¿Qué significa entonces hacer el bien? En este caso ¿se trata sólo de salvar una vida? O, más bien, sería salvar una vida en condiciones humanas. Yo no tengo una respuesta clara, pero me parece que es un problema bioético que amerita ser discutido ampliamente, y ésta es precisamente la discusión que no se hace con la población, se mantiene únicamente en el interior del grupo médico como una fuente más de poder de decisión sobre la vida de los pacientes. ¿Es esto hacer el bien?

La creatividad, la imaginación y el avance de la ciencia se manifiestan siempre a través de nuevas preguntas sobre viejos problemas. Las nuevas preguntas surgen de una nueva manera de ver el problema, así, el hacer nuevas preguntas para abrir nuevos horizontes no es un error, ni un delito a perseguir, se trata más bien de una forma de avanzar. Por tanto, no se puede tener miedo a las nuevas preguntas en todos los niveles: en la educación, en la salud, etcétera.

El sistema educativo se dedica a transmitir conocimientos, pero no se preocupa por enseñar a preguntar. Parecería, que le tiene miedo a las preguntas, al cuestionamiento de aquéllos

que están aprendiendo, los alumnos. Parecería que la principal función de la educación es uniformar la forma de pensar, es hacer creer en la verdad absoluta y es en última instancia la disciplina que hace que el pensamiento concluya "no se puede actuar de manera diferente", lo que equivale a decir que no se puede avanzar. Enseñar la bioética, o sensibilizar a estudiantes y profesionales al respecto, debería partir de una visión más dinámica y participativa en educación. Aun aquéllos que quieren avanzar a una sociedad más justa suelen enseñar que sólo existe un camino para llegar, aquél aceptado por el poder establecido.

Justicia y servicios de salud

Uno de los capítulos más vivos y polémicos de la bioética actualmente es el de la justicia sanitaria. La justicia en una de sus interpretaciones es el estricto apego a la ley, pero no hay duda de que las leyes pueden ser injustas y, de hecho, frecuentemente lo son, lo cual pone en abierta contradicción los valores morales que le dan sustento al concepto de justicia. En el caso de los servicios de salud, la justicia sanitaria se enfoca desde la concepción de justicia distributiva. Varios autores, entre ellos Gracia (1990), se plantean la pregunta de la siguiente manera: ¿Qué recursos son necesarios asignar para cumplir con la justicia en los servicios de salud? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios?

Me parece que la pregunta no es válida, limita excesivamente el concepto de justicia y sólo lo define en el estrecho campo de la distribución de los recursos. Si bien esta perspectiva es necesaria, al mismo tiempo plantea la imposibilidad de tener servicios justos de salud, porque los recursos nunca serán suficientes, como él mismo lo reconoce. De hecho, la planificación parte del principio de que los recursos son siempre menores que las necesidades. En este contexto, vale la pena intentar una nueva mirada sobre eso que se llama justicia sanitaria y hay por lo menos dos formas de afrontarla: una es el derecho a la salud y la otra es el derecho a la protección a la salud.

Derecho a la salud

Este derecho existe en la constitución de varios países y siempre queda poco definido debido a la ausencia del concepto de salud al que se refiere. Sin embargo, hay algunos países, como Brasil, que sí definen su concepto de salud desde una perspectiva social e individual, lo que involucra la concepción de una sociedad más justa, que incluye otros derechos tales como al trabajo y a la educación, elementos básicos para la salud. Estos derechos son parte de una lucha social en sociedades que transitan a la democracia,

como es el caso de Brasil. El problema serio aparece cuando el Estado trata de garantizar el derecho a la salud, allí se manifiestan las diferentes fuerzas sociales y se establece la alianza de intereses que dificultan esta garantía y se cae siempre en el problema de los recursos.

Creo que se podría avanzar si pensamos que el derecho a la salud es también un problema político, donde el poder sobre los cuerpos, el poder del conocimiento y el poder del médico entran en un juego desigual. Me refiero concretamente al problema del modelo de atención a la salud sobre el cual los planificadores han reflexionado poco.

Derecho a la protección de la salud

Esta es la otra forma de entender el problema, pero deja de lado la manera de garantizar más salud y menos enfermedad. Desde esta óptica, la llamada Reforma Sanitaria elevó a rango constitucional el derecho a la salud en México. No hay que olvidar que la vida política mexicana se caracteriza porque cada vez que algo se eleva a rango constitucional se deroga en la realidad. Quisiera poner dos ejemplos: cuando se elevó a rango constitucional la autonomía universitaria, se estableció el mecanismo de presupuesto por programa para las universidades, lo cual significó en la práctica la desaparición de la autonomía. El segundo ejemplo tiene que ver precisamente con el derecho a la protección de la salud, seguido por el recorte del 50 por ciento del presupuesto público en salud y la consecuente privatización de los servicios, lo cual dejó sin cobertura real a un elevado porcentaje de la población.

Estas anécdotas son preocupantes, sobre todo analizadas desde la perspectiva de la bioética, que no coincide con lo que plantea la perspectiva del libre mercado que transforma un derecho humano en una mercancía, bajo el argumento engañoso de que el gobierno debe preocuparse sólo por los pobres porque los ricos pueden pagar sus costos.

Derecho a la salud y ciudadanía

No quisiera dar la impresión de que las reflexiones anteriores tienen el sesgo típico de un superficial reclamo de recursos al gobierno. No, el problema es mucho más severo, se trata de relaciones de poder en las cuales los ciudadanos han aceptado transformar sus derechos en dádivas y conciben la atención a la salud, los servicios y la prevención como un problema de beneficencia y un favor. La participación del individuo es fundamental para la manutención y la recuperación de la salud, pero no desde una perspectiva sumisa y obediente, sino desde una perspectiva crítica y participativa.

La bioética ha avanzado considerablemente reconociendo el carácter pluralista de las sociedades, proponiendo el principio de abstenerse de inducir a cualquier persona a actuar de una forma que no se pueda justificar moralmente. Este principio es sin duda importante, pero, hasta la fecha, es poco respetado en algunas instituciones médicas donde, por ejemplo, se presiona a los pacientes para la donación de órganos.

Es el individuo en su calidad de ciudadano, trabajador, usuario, derechohabiente, etcétera, el que tiene que participar a nivel individual en su propia vida y a nivel colectivo en la de todos los individuos del grupo al que pertenece, para exigir y controlar la calidad de los servicios de salud. En principio es en el individuo, en su propio cuerpo, su materialidad, donde radica el poder de la sociedad. Como he señalado en otros trabajos, es precisamente la forma en que su conciencia individual decide el uso de su cuerpo como fuente de poder, cuando puede saltarse al nivel de colectividad. Así, la participación es una actividad fundamentalmente colectiva que está basada en la individualidad.

Así vistos, el poder y la participación en salud se transforman en proceso de ejercicio de poder y no de obediencia. La bioética reflexiona poco en este nivel y pienso que es fundamental. La dignidad, la moral, la justicia pasan todas ellas por dicho ejercicio del poder en una sociedad, poder en el sentido positivo, poder que es básico para alcanzar objetivos válidos para la sociedad.

Aparentemente la bioética no toma en cuenta el poder, sino que lo recubre con una imagen negativa, como si el ejercicio del poder fuera un valor moral deleznable. Mientras esta situación no se modifique, no se podrá garantizar tampoco una adecuada distribución del mismo en la sociedad para garantizar menores desigualdades. Este es un campo virgen aun para la bioética. Por último, quisiera reflexionar un poco sobre el cuestionamiento que desde la bioética se puede hacer y, de hecho, se hace a la ciencia.

Ciencia y bioética

Se ha abordado esta discusión desde dos perspectivas opuestas que en forma muy simplificada se pueden expresar de la siguiente manera:

1) La ciencia resolverá por su intrínseca virtud los problemas del género humano.

2) El desarrollo de la ciencia está introduciendo complicaciones demoniacas al género humano, más que soluciones.

En relación a la primera perspectiva, son cada vez menos aquéllos que la comparten de una manera tajante. El campo de la salud laboral es uno de los más cuestionadores de esta perspectiva. Ve a la ciencia como una forma de avance dinámico donde la introducción de nuevos conocimientos y productos son el estímulo y el motor para generar nuevas maneras de contrarrestar el efecto del trabajo en la salud, pero sin llegar a plantear nunca una postura antihistórica, típica de movimientos ecologistas tremendamente conservadores.

Pienso que el avance de la ciencia no resolverá problemas hasta que conciba a la sociedad, a lo colectivo, a lo humano, como resultado de nuevas formas de vida y nuevas formas de solidaridad verdadera. Allí es donde lo científico se vuelve humano o pierde humanidad, allí es donde las ciencias biológicas encuentran un límite o un estímulo a su avance. Para la bioética no son las ciencias básicas ni las matemáticas las que definen por sí mismas el camino, son las ciencias sociales y los valores los que reorientan a las otras ciencias, pero siempre en una relación crítica permanente.

La bioética, por el contrario, refleja en muchas ocasiones una especie de terror hacia ciertos conocimientos que ponen en tela de juicio verdades incuestionables hasta ese momento, me refiero, sobre todo, a las cuestiones genéticas y a la discusión moral sobre la vida y la muerte.

En cuanto a la segunda perspectiva, es importante cuestionar el mito del progreso entendido como una ascensión de la humanidad hacia la realización de sus más altos valores. Lo frecuente en esta perspectiva es la confusión respecto a la definición de estos "más altos valores humanos". Volvemos al problema de la desigualdad y la equidad ¿Qué es lo humano? ¿El respeto a estas desigualdades o el interés en contrarrestarlas mediante la actividad de los mismos seres humanos?

La ciencia ha servido muchas veces en la historia para justificar intervenciones sociales que nada tienen de científicas, por ejemplo, el racismo y el neodarwinismo. El campo donde la ciencia es más cuestionada es el de la aplicación, el de la tecnología.

Bioética y tecnología

Las preocupaciones de la bioética moderna se han centrado recientemente en este campo, sobre todo, en el reto tecnológico de la genética, la manipulación de genes, los embarazos artificiales, las unidades de cuidados intensivos, las técnicas invasivas, o no, para visualizar el interior del cuerpo humano, etcétera.

Comparto, sin duda, el interés en este campo, pero me preocupa la rapidez con la que distrae la atención del problema de la bioética relacionado con los servicios de salud, asunto viejo y sin resolverse a nivel mundial. En esta contradicción se mueve parcialmente la discusión de las nuevas tecnologías que se han desarrollado principalmente con objetivos curativos de alta especialidad. El aspecto económico de su costo es el más discutido en el terreno de la bioética, pero ¿se justifica el uso de una nueva tecnología de acuerdo con su precio, calidad de rendimiento y eficacia? ¿superan las técnicas a las que ya están en uso y supone ventajas económicas? ¿podrán ser utilizadas por toda la población que la requiera o será sólo para privilegiados? Todas estas preguntas reflejan la contradicción permanente entre lo individual y lo colectivo y las soluciones de carácter económico que, como ya hemos señalado, transforman la vida en mercancía, pero que aún no han sido superadas por una nueva mirada filosófica.

En otro aspecto de la tecnología, el problema ético radica en si el derecho a la vida o la muerte tiene carácter social o individual, esto pone en juego la eutanasia, el aborto, algunas medidas anticonceptivas, etcétera. La solución no es fácil, no la tengo, pero quisiera lanzar algunas de las preguntas que subrayan la dificultad de las posiciones de la bioética en este campo ¿Qué es más ético, evitar el nacimiento de un niño no deseado, o dejar que nazca un niño sabiendo que va a ser abandonado y va a sufrir toda la vida?

El problema no es fácil, pero me interesa subrayar que interactúan varios niveles, el individual, que es el de quién decide sobre la madre, o el social, que es quién decide sobre el futuro del niño en la sociedad. ¿No habría forma de garantizar para ese niño una vida feliz mediante la responsabilidad social?, ¿es sólo la biológica la que nos preocupa?, ¿se puede hablar de una bioética social? Por otro lado ¿qué dice la ciencia respecto a la posibilidad de los niños educados sin padres?, ¿se trata pues de un problema no sólo ético, sino social, científico y psicológico? ¿cómo avanzar? Mi sugerencia es que a través del reconocimiento de las contradicciones y los niveles que participan en el problema y de una discusión en un ambiente plural. Lo anterior significa que la bioética no es sólo el campo de los trabajadores de la salud, sino también el de los ciudadanos y sus organizaciones.

Comentarios finales

No me atreví a colocar como subtítulo "conclusiones" porque no las tengo y porque desde el inicio señalé que no se trataba de un trabajo que abarcara a la bioética en toda su extensión, sino más bien de una serie de reflexiones críticas a

su situación actual. Tal vez lo más importante es recuperar el sentido histórico en la bioética, abandonar la idea de la verdad absoluta como guía, añadir a su discusión la complejidad biológica, social, científica y moral sin priorizar acríticamente ninguna de ellas. Es necesario reconocer la pluralidad

característica de las sociedades modernas con el objeto de ir avanzando hacia una nueva forma de ver a la bioética, donde no sea un simple problema de legislación, sino uno de comprensión y seguimiento cabal de dicha legislación en una sociedad respetuosa de las diferencias.

Bibliografía

- BERLINGUER, G. (1994). *Etica della salute*, De Il Saggiatore, coll. Italia, Le Silerchie Roma.
- EIBENSCHUTZ, C. (1995). "Salud, poder y ciudadanía", en Eibenschutz C. (editora), *Lo público y lo privado. Políticas de salud en América Latina*, Brasil, Fiocruz.
- EIBENSCHUTZ, C.; LÓPEZ ARELLANO, O. (1990). *Política sanitaria y recursos humanos*, Módulo de la Maestría en Medicina Social. México, UAM-X.
- GRACIA, D. (1990a) *La bioética médica*, en OPS, Publicación Científica, Washington, D.C., núm. 527, pp. 3-8.
- GRACIA, D. (1990b). "¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principio para la asignación de recursos escasos" en OPS, *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington D.C. USA.
- LOZANO, R. (1992). "Equidad, nueva ética del desarrollo", II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria, México. Modificaciones al Artículo V Constitucional. 1984.
- SASS, H. M. "La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación", en OPS Bioética, *Temas y perspectivas*, Washington D.C.
- SIGERIST, H. *Civilización y Enfermedad*.
- VILARDELL, F. (1990). "Problemas éticos de la tecnología médica" en OPS *Bioética. Temas y perspectivas*, Washington D.C. USA.

Salud Problema

PUBLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Con este número la revista ***Salud Problema*** continúa su nueva época editorial abriendo sus espacios a colaboraciones de calidad enfocadas a temáticas de investigación sobre las relaciones entre la salud y la sociedad; es una publicación científica editada por el posgrado en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo los siguientes requisitos para facilitar su edición.

Datos generales para la recepción de escritos

1. La revista ***Salud Problema*** publica artículos, reportes de investigación, ensayos, comentarios polémicos, noticias, información sobre nuevas publicaciones, reportajes, entrevistas y reseñas bibliográficas. Los textos que se envíen deberán ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. La revista no provee servicio de captura o corrección de textos, dibujos o arreglos de ilustraciones, es responsabilidad de cada autor llevar a cabo estas tareas, así como entregar los manuscritos de acuerdo a las normas editoriales que se establecen. El Consejo Editorial se reserva el derecho de regresar a sus autores los materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.

2. Los trabajos deberán ser elaborados en español, con un resumen (sinopsis) en inglés y español.

3. Las colaboraciones se deberán entregar en diskette 3.5: en procesador de textos Win Word, Word Perfect (5.0 o superior), anotándose sobre el diskette el título del artículo, nombre del autor y el programa en que fue capturado el texto, acompañado de tres copias impresas.

4. En caso de artículos o ensayos, la extensión del texto será hasta de 40 cuartillas escritas a doble espacio incluyendo carátula, resumen, agradecimientos, cuadros, gráficas, notas, dibujos, curriculum de los autores y referencias bibliográficas.

5. Siguiendo el criterio anterior, los reportes de investigación, los comentarios polémicos, las noticias, los reportajes, las entrevistas y las reseñas bibliográficas no deberán exceder de 10 cuartillas.

6. El curriculum (resumido) del autor y/o autores deberá contemplar: grados académicos, institución donde trabaja, líneas de investigación que desarrolla y experiencia laboral, en no más de 15 renglones y en hoja separada al final del texto.

7. Todos los trabajos incluirán en una hoja aparte (primera hoja), el nombre del autor y/o los autores, institución a la que pertenecen, domicilio, número telefónico, fax y correo electrónico, para su rápida localización.

8. Los trabajos deberán entregarse a los miembros del Consejo Editorial, o enviarse a:

Florencia Peña Saint Martin, Directora de la Revista ***Salud Problema***, Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, C.P. 04960, México, D.F.

9. La aprobación o no de los textos enviados a ***Salud Problema*** se basa en opiniones fundamentadas de dos dictaminadores.

Datos particulares para la presentación de un escrito

1. Los manuscritos deberán presentarse en hojas blancas tamaño carta escritas por un solo lado, a doble espacio (incluyendo resumen, agradecimientos, notas y bibliografía), con márgenes de 3 cm, cada página deberá contener 27- 30 líneas.

2. La primera hoja llevará la información requerida en el punto número 7 de los datos generales.

3. La segunda hoja, el resumen de 15 renglones con su traducción al inglés y de tres a cinco palabras clave.

4. A partir de la tercera se incorpora el texto, repitiendo sólo el título en la parte superior con un margen (colgado) de 9-10 líneas. Asignando a esta hoja el 1, numerar el resto.

5. En el cuerpo del texto y para referencias no textuales, incluir entre paréntesis el o los apellidos de los autores a que se hace referencia y el año de publicación. Ejemplos: (Gómez, 1996), (Gómez y Pérez, 1996) o (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996). En caso de que se trate de más de tres autores, sustituir los apellidos del segundo en adelante con la expresión et al. (sin cursivas y sin punto después de et). Por ejemplo: (Gómez et al., 1996). Para referencias textuales, incluir la o las páginas correspondientes: (Gómez, 1996:26), (Gómez y Pérez, 1996:26-27), (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996:26-28) o (Gómez et al., 1996:26).

6. Las citas textuales que ocupan menos de cinco renglones no se separan del texto y se entrecorren, las de más de cinco renglones se separan del texto dejando una línea en blanco antes y después, sangrando cinco espacios a la izquierda y a la derecha, además de escribirse a renglón seguido y subrayando para componer en cursiva. En este último caso, omitir las comillas.

7. Se utilizarán corchetes [], cuando se integre un dato agregado por el autor a una cita y tres puntos suspensivos a las omisiones hechas al texto original.

8. Al principio de cada capítulo así como resumen, introducción, títulos diversos, bibliografía y demás divisiones de la obra, el margen de la cabeza (colgado) deberá de ser de 9 -10 líneas, centrados y deberán escribirse en mayúsculas y minúsculas.

9. Al inicio de cada párrafo se dejará una sangría de cinco golpes. Pero se dejarán de sangrar los párrafos con que se inician cada capítulo y los que siguen a un subtítulo.

10. Llamadas y notas: Las llamadas de notas deben indicarse con números volados, sin puntos ni paréntesis. Si hace falta una segunda serie se señalará con asterisco y si se precisa todavía una tercera, puede usarse letras voladitas. En todo caso las llamadas irán después de los signos de puntuación. Las notas se harán en hoja aparte al final del texto y comenzarán con una sangría de tres golpes. No es aceptada la elaboración de notas para efectuar referencias bibliográficas.

11. La bibliografía se presentará en hoja aparte refiriendo solamente a los autores mencionados en el documento. Se alfabetiza por el apellido paterno del autor principal y del más antiguo al más reciente para dos o más títulos del mismo autor o autores. Las referencias deben ser elaboradas siguiendo este formato:

Libros:

Burín, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós.

Dos o más autores:

Burín, Mabel y Pedro López (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós. (Notar que en el segundo autor se menciona primero el nombre). En las referencias bibliográficas no se usa la expresión et al., se listan todos los autores.

Capítulos en libros:

López, Oliva (1993). "¿Desmantelamiento o modernización de la política social?", en S. Fleury (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Brasil, Fundación Osvaldo Cruz de la Escuela Nacional de Salud Pública, pp. 25-48.

Artículos en revistas:

Vega, Genaro (1994). "Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 283-287.

12. Cuadros y gráficas se pondrán por separado indicando claramente su lugar en el texto con la leyenda **insertar cuadro o gráfica núm. X** (cada tabla o gráfica debe estar impresa en una hoja separada, numeradas progresivamente, con título y la fuente). Los mismos criterios deben ser usados para las ilustraciones (dibujos y fotografías).

13. Siglas y abreviaturas: se escribirán con mayúsculas, sin puntos ni espacios.

14. En caso de ser aprobados para publicación, el Consejo Editorial, se reserva el derecho de llevar a cabo correcciones de redacción y estilo a los manuscritos, así como modificaciones al título de los trabajos. □

POSGRADO EN POBLACIÓN Y SALUD

Este es un nuevo programa de posgrado, iniciado en septiembre de 1997, y está organizado por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco), con el apoyo del Departamento de Atención a la Salud. Aunque está prevista la existencia de otras áreas, por lo pronto se ha abierto la correspondiente a planificación familiar, constituyéndose en el primer posgrado de su tipo en México.

OBJETIVOS

El objetivo central del posgrado consiste en formalizar la preparación profesional de aquellas personas que, de manera más directa, tienen como tarea la aplicación de métodos anticonceptivos, es decir, de médicos y personal de enfermería. Este Programa de Posgrado se propone promover, de manera más enfática entre personal de enfermería, y médicos generales y familiares, las habilidades para administrar métodos de planificación familiar, introduciendo a la vez capacitación para la investigación, la comunicación, y la enseñanza.

NIVELES DE ESTUDIO

El Programa se ofrece en dos niveles de estudio: Diploma de Especialización, dirigido a quienes tengan Licenciatura en Enfermería o en Medicina; y la Maestría, dirigido sólo a médicos. La razón por la cual esta última se ofrece únicamente a médicos es que se incluye el entrenamiento en métodos quirúrgicos.

DURACIÓN

La Especialización tiene una duración de dos trimestres, y la Maestría de cuatro. En la Universidad Autónoma Metropolitana cada trimestre consta de doce semanas, y cada año tiene tres trimestres.

PRINCIPIOS GENERALES

El Programa de Posgrado en Población y Salud (Área de Planificación Familiar) entiende que la promoción de la planificación familiar se fundamenta en tres principios básicos:

- La planificación familiar *es un recurso* para preservar o mejorar la salud de las mujeres y del resto del grupo familiar.
- La planificación familiar *es un derecho* de los individuos y de las parejas.
- La planificación familiar es un recurso al que se puede acudir por motivos distintos a los de salud (económicos, sociales, interés personal), por lo cual la decisión final está en manos de los usuarios y no del prestador de servicios. Siendo así, el personal médico y paramédico tiene ante sí una distinta *perspectiva ética* de su práctica profesional.

POLÍTICAS SOBRE LOS ESTUDIANTES

En la Universidad Autónoma Metropolitana hemos considerado que la preparación que hasta ahora se da en el campo es insuficiente y en alto grado empírica, generalmente limitada a especialistas ginecobstetras, lo cual reduce los alcances potenciales de los programas de planificación familiar. Por ello, queremos dirigirnos a quienes practican la medicina general o familiar, sin olvidarnos de los que tradicionalmente han llevado a cabo la aplicación de dichos métodos. Porque es nuestro interés atraer preferentemente a profesionales con cierta experiencia y compromiso con el trabajo, se dan facilidades para que se alejen el menor tiempo posible de sus lugares de trabajo, sin afectar por ello la calidad académica de la enseñanza. Se promoverá, asimismo, que los alumnos puedan recibir entrenamiento clínico en sus propios lugares de trabajo.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA

Los principales contenidos del programa de Maestría son los siguientes:

Módulo I Biología de la reproducción humana; trastornos asociados a la reproducción. Reproducción y salud. Indicaciones, contraindicaciones, ventajas, y desventajas de los distintos métodos de planificación familiar. Elección de métodos de acuerdo con las características de los usuarios. Técnicas básicas de análisis demográfico y estadístico. Métodos y técnicas epidemiológicos. Generalidades sobre administración de servicios.

Módulo II Políticas y legislación sobre población y salud. Papel del sector privado, de los organismos internacionales, y de las organizaciones no gubernamentales en las acciones de población y salud. Evaluación de programas de planificación familiar. Técnicas de análisis demográfico y estadístico (segunda parte).

Módulo III La planificación familiar y distintos grupos de población (mujeres, hombres, poblaciones rurales, adolescentes). Métodos de investigación clínica y epidemiológica.

Módulo IV Dinámica familiar; estructura y función de la familia; métodos y técnicas de entrevistas y evaluación familiar; la familia y la pareja como sistemas, y sus ciclos evolutivos. El proceso pedagógico; pedagogía y cultura; sistemas simbólicos; modelos lúdicos; difusión de innovaciones; la comunicación social.

Los alumnos inician desde el primer trimestre el trabajo que conducirá a la tesis de grado. La especialización sigue de cerca los contenidos de los dos primeros módulos de la Maestría, aunque se diferencia en la forma de enseñanza.

INFORMES

Para mayores informes escriba a: Posgrado en Población y Salud, Calzada del Hueso 1100, Coyoacán 04960 México, D.F. Tel. 723-5548 Fax 594-6315 a bien al correo electrónico: agcserver@cueyatl.uam.mx También puede encontrar información en: <http://cueyatl.uam.mx/~agcserver>