

The background of the cover is a complex illustration. At the top left is a DNA double helix. Below it is a tree with roots that are stylized as cells. A stone bridge with multiple arches spans the middle of the image. The underside of the bridge is decorated with large, interlocking gears in blue and orange. A large blue scale of justice is positioned in the center, hanging from the bridge's structure. On the bridge, several figures in white lab coats are walking; some hold heart shapes, while others hold leaves. In the top right corner, there is a stack of books, one of which is labeled 'ESTADÍSTICA'.

TEMAS DE BIOÉTICA EN DIÁLOGO CON LA LEGISLACIÓN



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA

Jorge Alberto Álvarez Díaz
(Coordinador)



Temas de bioética en diálogo con la legislación

COMITÉ EDITORIAL EDICIONES COMUNICACIÓN CIENTÍFICA ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA

Dr. Abraham Andrade López
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Dr. José Martín García Varela
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Moisés Armides Franco Molina
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Dr. Luis Fernando González Guevara
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Dra. Diana Ginette Zárate Triviño
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Cada libro de la Colección Ciencia e Investigación es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación de pares externos y autenticación antiplagio. El proceso de dictaminación y su trazabilidad puede consultarse, así como el libro en Acceso Abierto.



comunicacion-cientifica.com

[DOI.ORG/10.52501/cc.390](https://doi.org/10.52501/cc.390)



**COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

PUBLICACIONES
ARBITRADAS

HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS

CC+I

**COLECCIÓN
CIENCIA e
INVESTIGACIÓN**

Temas de bioética en diálogo con la legislación

Jorge Alberto Álvarez Díaz
(coordinador)



**EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA**

Temas de bioética en diálogo con la legislación / coordinador Jorge Alberto Álvarez Díaz.— Ciudad de México : Comunicación Científica, 2026.(Colección Ciencia e Investigación).

147 páginas : fotografías ; gráficas ; 23 × 16.5 centímetros

DOI: 1052501/cc.390

ISBN: 978-968-9738-87-9

1. Bioética. 2. Políticas públicas. I. Álvarez Díaz, Jorge Alberto, coordinador.

LC: QH332 T46

DEWEY: 174.2 T46

La titularidad de los derechos patrimoniales y morales de esta obra pertenece al coordinador D.R. © Jorge Alberto Álvarez Díaz, 2026. Reservados todos los derechos conforme a la Ley. Su uso se rige por una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2026

Diseño de portada: Francisco Zeledón • Interiores: Guillermo Huerta

Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., 2026,
Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,
Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México,
Tel.: (52) 55-5696-6541 • Móvil: (52) 55-4516-2170
info@comunicacion-cientifica.com • www.comunicacion-cientifica.com
f comunicacioncientificapublicaciones **✉** @ ComunidadCient2

ISBN 978-968-9738-87-9

DOI 10.52501/cc.390



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos.
La trazabilidad de la dictaminación puede consultarse, así como el libro en
acceso abierto, en <https://doi.org/10.52501/cc.390>

Índice

Introducción	
<i>Jorge Alberto Álvarez Díaz</i>	9
1. Bioética y políticas públicas	
<i>Cristal Corona Sánchez</i>	15
2. El quehacer de la bioética en la educación básica, media superior y superior o por qué es necesaria la exigibilidad de la educación en bioética en México	
<i>Ángel Alonso Salas</i>	37
3. La autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	
<i>Bianca Fernanda Vargas Escamilla</i>	53
4. Necesidad de la patología y medicina bucal en el sistema nacional de salud	
<i>Irma Gabriela Anaya Saavedra</i>	73
5. Las voluntades anticipadas en salud mental	
<i>Liliana Mondragón Barrios</i>	83

6. Neurociencias y conducta violenta	
<i>Karla Ximena Díaz Galván</i>	99
7. Conflictos de conciencia en la medicina	
<i>Patricio Javier Santillán Doherty</i>	115
Sobre los autores	143

Introducción



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.00.01>

A finales de 2023 el presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Licenciado Emmanuel Reyes Carmona, invitó al coordinador de esta obra para organizar un Ciclo de Conversatorios sobre Legislación y Bioética. Con la estrecha colaboración entre el coordinador de esta obra, la Maestra María Rebeca Alcaide Cruz, Secretaria Técnica de la Comisión de Salud, así como personal de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA), se realizaron los conversatorios entre febrero y mayo de 2024.

Cada conversatorio tuvo una estructura similar: una persona experta en el tema a tratar realizaba una exposición, tras la cual se iniciaba el diálogo con la asistencia (personas legisladoras y personas asesoras de temas legislativos, así como el público en general, dado que la entrada era gratuita y abierta). Aprovechando el convenio firmado entre la UAM Xochimilco con CONBIOETICA, se pensó en la modalidad híbrida del ciclo: el conversatorio se realizaba de modo presencial y se transmitía por el canal de YouTube de la Cámara de Diputados, y al día siguiente se retransmitía por el canal de YouTube de la CONBIOETICA. Así, la inauguración y el primer conversatorio se realizaron en la UAM Xochimilco; el resto de los conversatorios tuvieron lugar en la Cámara de Diputados. En la inauguración se contó con la presencia del Rector General, el Dr. José Antonio de los Reyes Heredia, así como del Rector de la Unidad, el Dr. Francisco Javier Soria López, entre otras personalidades. Fue ahí, en la primera sesión, donde se pensó que era deseable dejar una huella escrita de los trabajos realizados. Esta publicación da cuenta de ello.

La idea que dio origen al ciclo de conversatorios se mantiene en su esencia en este libro. Se trata de problemas que implican una problemática bioética y que, a la vez, deben llamar la atención de personas legisladoras para regular algunos aspectos de cada tema. Para cada encuentro se invitó a una experta o experto en el tema, quien presentó el contenido y respondió las inquietudes

de los asistentes. Estas mismas personas firman la autoría de los capítulos correspondientes, escritos tras el conversatorio con el fin de recoger e integrar las preguntas y aportes surgidos durante el diálogo.

El primer conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Gabriela Pineda Hernández, y fue sobre la función consultiva de la CONBIOÉTICA. A este organismo le corresponde, entre otras actividades, brindar asesoría en temas de bioética. No obstante, el capítulo no se agregó a la compilación debido a que, para aclarar algunos puntos, podría incluir información considerada como confidencial.

El segundo conversatorio estuvo a cargo del Dr. Ángel Alonso Salas, y fue sobre la necesidad de la exigibilidad de la educación en bioética. El capítulo expone lo que muchas veces se dice, pero se reflexiona con profundidad un poco menos, y termina no quedando explícito en la mayor de las veces. Si la base de la formación de la sociedad y de la ciudadanía es la educación, no basta con decir que la bioética es un tema relevante que todo el mundo debería conocer. ¿Quién(es) lo va(n) a enseñar? ¿Cómo? ¿Cuáles contenidos? Se modifican planes y programas de estudio y, al hacerlo, debería considerarse el daño que se le hace a la vida y a la salud. No siempre los daños son malintencionados; en muchas ocasiones pueden realizarse por ignorancia. Ahí está un nivel de aplicación de la enseñanza de la bioética que no debería quedar sujeto a las buenas voluntades de quien enseña como algo “extra”, sino que debería considerarse explícitamente en la formación (de todas las personas y en todos los niveles, no solamente entre quienes tratan directamente con la vida y con la salud).

El tercer conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Cristal Corona Sánchez, y fue acerca de la bioética y las políticas públicas. El capítulo trata estas relaciones tan relevantes: toda política pública que aborde problemáticas en relación con la vida y con la salud no necesariamente hace explícita la bioética que tiene en su base, aunque debería ser así. Las políticas no involucran solamente decisiones técnicas, administrativas o de mera gestión: siempre involucran opciones de valor. Por ello, el tema de la ética en lo general siempre está presente; si se trata de problemas sobre la vida y la salud, la bioética está presente. Se diga o no se diga. Lo mejor es teorizarlo y hacerlo explícito, no solamente debido a la legalidad de las políticas, sino por la legitimidad de las mismas.

El cuarto conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Bianca Fernanda Vargas Escamilla, y trató la autonomía progresiva y los derechos sexuales y reproductivos. El capítulo analiza un término que surge en el mundo moderno y es esencial

para la ética, que es el de autonomía, sin embargo, no se trata de un “todo” o “nada”, de un “blanco” y “negro”: nadie nace con autonomía, sino que se trata de un condición que se va desarrollando, en mayor o menor medida, mejor o peor, pero se trata de un proceso gradual. Esta idea de autonomía progresiva es fundamental para comprender el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Asimismo, esta noción de progresividad es esencial para entender elementos tales como la necesidad de educación sexual integral para infancias y adolescencias, en la cual los contenidos son acordes al desarrollo de su autonomía y en función del desarrollo psicosexual.

El quinto conversatorio estuvo a cargo del Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz, y trató los derechos sexuales no reproductivos. El desarrollo analiza que, aunque tocan temas relacionados, los derechos sexuales tienen una cierta autonomía respecto de los derechos reproductivos. Se presenta un análisis histórico donde, a partir de la noción de la universalidad de los derechos humanos surge una propuesta de una posible extensión de la libertad hacia temas eróticos y afectivos; posteriormente, surge la idea de esa extensión respecto de la posibilidad reproductiva, fundamentalmente de las mujeres; seguidamente, aparece la fusión conocida como “derechos sexuales y reproductivos”; y finalmente, en el momento actual habría que enfatizar los derechos sexuales no reproductivos como todos aquellos que se relacionan con la identidad sexo-genérica, así como su expresión (independientemente de que se tenga descendencia biológicamente relacionada o no). Como extensión, así como se tiende a hablar de una justicia reproductiva, podría hablarse de una justicia sexual. Finalmente, se decidió no transformar el conversatorio en un texto fundamentalmente porque el contenido resume de alguna manera alrededor de tres lustros de trabajo del autor como sexólogo y bioeticista.¹

¹ En este sentido, cfr: 1) Álvarez Díaz J. A. Feminicidio/femicidio: derechos sexuales y desafíos emergentes. En: Aguilar Guzmán A., Benites Estupiñán E., Scotti L. B., Sorokin P. (Coords). La privacidad como derecho humano: contribuciones para la promoción de una nueva agenda bioética. Guayaquil: Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2022. pp. 275-290. 2) Álvarez Díaz J. A. Bioética y derechos sexuales en la atención a la salud. En: Beltrán Barajas A. (Comp). Encuentros Iberoamericanos en bioética. Ciudad de México: Ediciones de Autor Editorial; 2020. pp. 93-111. 3) Álvarez-Díaz J. A. El comportamiento sexual. En: Lolas F., de Freitas Drumond J. G. Bioética. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2013. pp. 193-210. 4) Álvarez-Díaz J. A. El cuidado de la salud reproductiva. En: Lolas F., de Freitas Drumond J. G. Bioética. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2013. pp. 175-191

El sexto conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Irma Gabriela Anaya Saavedra, y trató la necesidad de la patología bucal en el sistema nacional de salud. El capítulo ofrece nociones esenciales no conocidas a veces ni siquiera por el personal de salud, menos por la sociedad en general. Por ejemplo, no existe un registro nacional de tumores malignos en boca, con lo cual ni siquiera puede establecerse, de forma más o menos exacta, la magnitud de estos problemas. Al no existir datos epidemiológicos, resulta difícil articular el tema con las políticas públicas de salud, con la necesidad de profesionales de la patología bucal en el sector público, etc.

El séptimo conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Liliana Mondragón Barrios, y trató sobre las voluntades anticipadas en la salud mental. El capítulo retoma la idea de que las voluntades anticipadas se han trabajado bastante en algunos grupos de pacientes y usuarios de los servicios de salud, pero no en otros. Existen incluso leyes estatales sobre las voluntades anticipadas, pero no es común pensarlas en caso de desarrollar problemas de salud mental, o bien, que, en caso de tenerlos, se presenten condiciones en las cuales no haya autonomía suficiente para tomar una decisión. Una persona con alguna adicción podría, por ejemplo, solicitar que no se le interne sin su consentimiento. ¿Qué hacer cuando una persona con un trastorno de la conducta alimentaria en tratamiento tiene una recaída y solicita algo similar? Se trata de un tema cada vez más amplio, con muchas preguntas y respuestas en construcción (¿debería incluirse en las leyes estatales sobre voluntad anticipada?, ¿debería considerarse en la ley sobre salud mental a nivel federal?, etc.)

El octavo y penúltimo conversatorio estuvo a cargo de la Dra. Karla Ximena Díaz Galván, y habló sobre neurociencias y conducta violenta. Existen condiciones que no se han considerado trastornos mentales, como la psicopatía. Quienes tienen esta condición pueden realizar actos antisociales, violentos o no, sin tener necesariamente un sentimiento de responsabilidad ni de culpa. Al realizar este tipo de actos, muchas investigaciones sobre personas que son y/o puedan ser psicópatas se realizan en las cárceles. Aquí se abre la puerta a los aspectos éticos en la investigación con seres humanos; sin embargo, no todas las personas con una psicopatía están en la cárcel, ¿deberían buscarse activamente a estas personas para intentar hacer prevención? Por otra parte, no todas las personas que están en situación de

cárcel son psicópatas, ¿hay riesgo de patologizar y/o medicalizar algunas situaciones sociales? La investigación se enfrenta a cuestionamientos éticos que deben tomarse en cuenta sobre aspectos regulatorios.

El noveno y último conversatorio estuvo a cargo del Dr. Patricio Javier Santillán Doherty, y trató sobre la objeción de conciencia. El capítulo hace un análisis sobre qué se ha entendido con esto, indagando en cómo podría entenderse actualmente, enfocando el contenido en las profesiones del área de la salud, con énfasis en los profesionales de la medicina. Este grupo de profesionales ha sido quien ha empleado más el tema de la objeción de conciencia (bien o mal, con razón o sin ella), así que vale la pena seguir con una discusión abierta. Los cambios en el Ley General de salud respecto de cómo incluir el tema (no parece estar en discusión a nivel legislativo la no inclusión) dejan claro cómo conflictos, desde el punto de vista bioético, ameritan un análisis desde lo jurídico para saber si se regula o no y, en caso de hacerlo, qué y cómo regularlo.

Kant es uno de los grandes referentes en el mundo moderno en temas de ética. Entre otras muchas cosas porque su noción de dignidad es, por primera vez en la historia del mundo occidental, una propiedad ontológica de la persona que no depende de estatus social, económico, religioso, o de cualquier otro tipo (como ocurría con anterioridad a su filosofía). Rápido y mal (no es posible hacer un ensayo en esta exposición introductoria), la dignidad es el fundamento de los derechos de las personas. Esta noción, ampliamente extendida en la teoría derechohumanista contemporánea, parte de una relación entre ética y derecho. En Kant, las obligaciones jurídicas tenían un correlato con una obligación ética, aunque no necesariamente fuese así a la inversa (es decir, no necesariamente toda obligación ética debería contar con un correlato en una obligación jurídica). Hoy no necesariamente se piensa así. Entre otras consideraciones, Kant fundamenta su filosofía en la idea de una razón pura, que no existe. La razón es “impura”: está situada siempre en un momento histórico determinado, así como dentro de un entorno sociocultural. Con estas consideraciones, no toda obligación jurídica obedece a un mandato ético (puede incluso ser lo contrario). De ahí que las relaciones entre ética y derecho se hayan tornado cada vez más complejas. Por ello, las normatividades en relación a la vida y la salud, que son analizadas por la bioética y el bioderecho,

resultan peculiaridades complejas que dependen, además, de avances tecnocientíficos en torno a la comprensión de la realidad del problema planteado por las ciencias de la vida y de la salud.

Este texto muestra un aporte desde el mundo académico, en diálogo con la población, a través de los conversatorios, con miras a que no solamente unas cuantas personas legisladoras (y/o quienes les asesoran) se acerquen a estos temas. Ya desde el análisis que se hace desde los poderes del Estado para regular alguna actividad en torno a la vida y la salud, o bien, desde la participación directa o indirecta que tiene la sociedad civil, cada persona debería estar informada de estos y tantos otros temas.

JORGE ALBERTO ÁLVAREZ DÍAZ

UAM XOCHIMILCO

1. Bioética y políticas públicas



CRISTAL CORONA SÁNCHEZ*

COLEGIO MEXICANO DE BIOÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.01>

Resumen

Las políticas públicas tienen como finalidad resolver problemas de interés colectivo; por ello, su análisis, diseño y evaluación requieren la integración de elementos técnicos y jurídicos, así como, en el caso de problemáticas relacionadas con la vida animal, vegetal o el medio ambiente, consideraciones bioéticas. No obstante, en la práctica, su formulación e implementación suelen depender en gran medida de la “voluntad política”, entendida como las prioridades del gobernante en turno, influenciadas por su ideología, experiencia, intereses y compromisos.

La bioética, como un campo de estudio inter y transdisciplinario que plantea un análisis tanto deontológico como teleológico, permite orientar las políticas públicas en el presente y hacia el futuro, considerando especialmente las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, no sólo para los seres humanos, sino para toda la biósfera. En el presente escrito se pretende generar una reflexión sobre la necesidad de implementar un análisis bioético en las políticas públicas que promueva, de mejor manera, la solución de los problemas públicos desde esta perspectiva. El objetivo principal de analizar las políticas públicas desde la bioética es actuar en favor del bien común, con responsabilidad, respetando el “bios” en general

* Máster en bioética por la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid, España). cosc08072017@gmail.com

y evitando un enfoque antropocéntrico que pueda derivar en desastres ecológicos u otros problemas.

En suma, el análisis y la aplicación de la bioética a las políticas públicas permitirían avanzar hacia una mejor humanidad.

Palabras clave: *bioética, política pública, responsabilidad social, salud pública, investigación interdisciplinaria.*

Noción de la ética y la política

Hablar de políticas públicas y bioética lleva a pensar en la utilidad de la bioética para las políticas públicas en el plano práctico, pero antes quisiera plantear algunas consideraciones. En primer lugar, conviene destacar que la utilidad de las políticas públicas radica en resolver los problemas públicos. Aunque en teoría esto puede parecer sencillo, en la práctica su resolución resulta sumamente compleja, en gran medida debido a la “voluntad política”, es decir, a la inclinación de los tomadores de decisiones hacia determinadas soluciones posibles. Por eso, en virtud de lo anterior, señalaré como un punto fundamental para la elaboración de políticas públicas desde una perspectiva bioética el conocer cómo influyen los conceptos básicos que cada tomador de decisiones tiene. La palabra política proviene del latín *politicus*, y ésta, por su parte, del griego πολιτικός politikós, es decir, la forma, del griego πολιτική politiké, haciendo alusión al “arte, doctrina u opinión referente al gobierno de los Estados”. (1) Con esta simple definición tendríamos que preguntarnos si este arte en relación al gobierno de los Estados implica en sí mismo resolver los problemas de la sociedad de la cual se trate y, si es esto así, cómo hacerlo o desde qué concepto de humano se parte, ¿quiénes son los ciudadanos de ese Estado?, ¿Tienen derechos o sólo son medios para obtener recursos que buscan los grandes intereses económicos? Entonces, podríamos plantearnos cuestiones como ¿cuál es el objetivo del Estado?, ¿cuáles son los objetivos del gobierno en turno?, ¿cuáles son las prioridades del gobernante?

Antes de Platón el concepto del ser humano rondaba el tono de marioneta que se dejaba moldear por los designios de los dioses, logrando que el humano

se concibiera a sí mismo como predestinado por tal o cual dios, que era su protector. Éste concepto se transforma al rebelarse ante las tiranías como en las clásicas tragedias griegas, cuando el ser humano se percata de que tiene un razonamiento y libertad de acción, lo que crea un hito en la historia de la humanidad y transforma el actuar en sociedad; ahora la ley del más fuerte quedará a escrutinio, en función de lo razonable en el plano teórico. En el plano práctico, los gobiernos siguieron con la ley del más fuerte, en la que los grandes monarcas “designados por Dios”, los nobles y los señores lo eran en función de su origen o aspectos dados por el azar al nacer en tal o cual familia. Así, los derechos de los señores feudales sobre la tierra y las personas en la práctica se basaba en un concepto de diferencias entre las personas, en las que había personas de primera, segunda, tercera, cuarta y, como tal, tenían derechos u obligaciones.

Con las tesis de Lutero se rompe el monismo característico de sociedades que tienen una sola religión y valores uniformes, y es entonces cuando en occidente se plantea el pluralismo, es decir, sociedades en las que hay que convivir con personas de diferentes valores. Los Estados ahora estarán ante la necesidad de solucionar problemas públicos en sociedades pluralistas.

Conforme transcurre la Ilustración y llega la Revolución Francesa, se difunden los conceptos de “fraternidad, igualdad y libertad”, los cuales fueron un punto de quiebre en los aspectos públicos. Los pueblos empezaron a ser conscientes de la posibilidad de otras formas de gobierno, en las que los ciudadanos pueden ser protagonistas. Surgen los “derechos humanos” como derechos mínimos de la humanidad ante sociedades pluralistas en las que el Estado debe ser neutral.

La economía política surge a la par de la industrialización con el principio básico de eficiencia como producto de la racionalidad humana en el que la “simpatía” (2) es vetada porque lleva a tomar decisiones no racionales que, por lo tanto, no son eficientes. La función del político, entonces, es ser eficiente (3). Se tecnifican las sociedades maximizando la producción, transformando al ser humano en un *homo faber*, que incrementa las ganancias, y promoviendo un *homo economicus*. De esta forma, se prioriza la racionalidad y la tecnología resultante encaminada a producir más y generar mayores ganancias, pues ahora el mercado exige más y mejores obreros y técnicos, por lo que se relega un tanto la filosofía, la historia, la ética.

A mediados del siglo XIX ya se hablaba de la lucha de clases entre los burgueses y el proletariado, iniciando las bases del socialismo y del comunismo que, años después, se implementaría en varios países. En la actualidad tanto capitalismo como socialismo se encuentran vigentes en el mundo con sus variantes, y en función del tipo de sistema político económico de cada país se generan diferentes políticas públicas encaminadas a resolver los problemas que cada sociedad tiene. Los conceptos de socialismo liberal o liberalismo social surgen en función de los matices resultantes de sistemas que retoman lo que consideran mejor de ambos, así tenemos medicina pública en países con sistemas de competencia en sus mercados o inversiones de grandes empresas en países socialistas.

La ética y la política enlazan su camino en el ámbito de lo público, de lo social, en función de cómo se comporta un individuo en la sociedad y genera un bien para la misma. Tomás de Aquino ya planteaba los requisitos de la ley: “un mandato establecido por la razón para el bien común y promulgado por el responsable de la comunidad” (4). Es decir, una ley irracional es nula, al igual que una ley injusta. La ley existe para el bien común, porque es una realidad social que tiene como objetivo el bienestar de la sociedad. No sería una verdadera ley si ésta no vela por el bien común de los ciudadanos. Debido a que la ley tiene como objetivo el bien común, la competencia de la promulgación es tarea de la autoridad competente, no de individuos particulares. El problema de la aplicación de estos conceptos es la definición de sus componentes, ¿qué es el bien común?, ¿puede existir un consenso sobre lo que es el bien común?, ¿cómo es una ley justa?, ¿cuáles son los parámetros que se deben considerar para que sea un “mandato establecido por la razón”?

En la actualidad, es importante considerar los conceptos que tenga el propio Estado, los políticos y los gobernantes, pues esto es el sustento de su actuar. En este sentido, cabe preguntarse: ¿el Estado *x* considera al ser humano como sujeto de derechos humanos?, ¿cuáles son las políticas de Estado predominantes?, ¿el concepto del gobernante sobre la población es de súbditos, proletarios, o iguales?, ¿en el Estado *x*, la función del político es ser eficiente?, ¿qué piensa el gobernante en turno sobre el *homo faber* o el *homo economicus*? Dependiendo de esto serán las políticas públicas que se apliquen en dicho Estado.

Las políticas públicas

Ante problemas públicos que parecen no tener soluciones, o al menos no a corto plazo, puede existir la duda sobre si los gobiernos son capaces de plantear soluciones coherentes o si sólo les interesa tener el poder y mantenerlo.

El embarazo adolescente, el desempleo, la inseguridad, la falta de cobertura sanitaria, la educación de mala calidad, la trata de personas, las adicciones, el estrés hídrico, la contaminación, la falta de vivienda, y muchos otros problemas públicos se presentan en los diferentes ámbitos y niveles de gobierno que parecieran no tener respuesta o la tienen a medias o no se dirigen a las causas que las generan, como si se le diera un analgésico de uso común como tratamiento a una persona con cáncer.

Pareciera que en muchos de estos casos los funcionarios responsables de la elaboración de las políticas públicas no tienen idea de los problemas reales o, si la tienen, no tienen las herramientas adecuadas para poder elaborar planteamientos reales para su solución. En muchos casos esto es así, se trata de personas que se dedican a apoyar a políticos que llegan al poder y que, posteriormente, obtienen un empleo, pero que no cuentan con el perfil adecuado para desempeñar dicho trabajo. Esto ocurre de manera recurrente, al menos en México y otros países. Como consecuencia, no se logran solucionar los problemas, se solucionan a medias, se gastan recursos públicos en proyectos no viables, y lo peor sucede cuando, en lugar de solucionar el problema, lo magnifican, resultando en una mayor vulnerabilidad, pobreza, contaminación o alguna otra repercusión grave no prevista.

Ante estas realidades, la política pública enfocada en resolver los problemas requiere una metodología que permita que la toma de decisiones sea analítica, enfocada en la realidad y eficaz, al tiempo que eviten dispendios y un mal uso de los recursos, conflictos de interés y simples ocurrencias. El desarrollo de la disciplina se ha dado con un enfoque dirigido a la eficacia y a la calidad en la toma de decisiones de los gobernantes, considerando el conocimiento del problema, es decir, las metodologías de elaboración de políticas públicas permiten gobernar mejor, gobernar bien.

Harold Lasswell inicia el estudio de las políticas públicas en *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method*, en donde se utiliza la estadística para la elaboración de acciones de gobierno, pues buscaba que las decisiones de gobierno tuvieran un sustento técnico, pero también interdisciplinar. Refiere que las políticas públicas deben responder a:

- 1) ¿Cómo tomar decisiones de gobierno más inteligentes?
- 2) ¿Cómo generar y mejorar la información para los funcionarios a cargo del diseño de políticas públicas?
- 3) ¿Cómo incorporar en el gobierno mayores niveles, dosis de ciencia y racionalidad? (5)

Charles E. Lindblom cuestiona el uso de la racionalidad por sí mismo y refiere la necesidad de incrementar la atención en la discusión política dentro del proceso de elaboración de las políticas públicas. Refiere que si se eligen las mejores estrategias, es posible obtener mejores resultados, aun cuando no se llegue al ideal. También señala el efecto “apaga fuegos”, conocido en el ámbito mexicano, en el que se atiende lo urgente, lo llamativo, pero se deja de lado la raíz del problema, lo más importante.

Luis F. Aguilar Villanueva menciona: “Las características fundamentales de la política pública son: su orientación hacia objetivos de interés o beneficio público y su idoneidad para realizarlos; la participación ciudadana con el gobierno en la definición de los objetivos, instrumentos y acciones de la política; la decisión de la política por el gobierno legítimo y con respeto a la legalidad; la implementación y evaluación de la política. Pero lo distintivo de la política pública es el hecho de integrar un conjunto de acciones estructuradas, estables, sistemáticas” (6). El beneficio público, la participación ciudadana y el respeto a la legalidad son elementos que, al señalarse, denotan la necesidad de hacerlo en función de su carencia en la práctica.

La definición de políticas públicas dada por Andre Noël Roth refiere que “el objetivo de las políticas públicas es orientar el comportamiento de personas o grupos de personas para resolver una situación problemática” (7). Llama la atención que plantee como uno de los objetivos de las políticas públicas el orientar el comportamiento, lo que, en cierto modo, daría la razón a Foucault en cuanto al control de la sociedad sobre los individuos y si la política pública se tratara del cuerpo, confirmaría que es una estrategia

biopolítica: “Simplemente les señalo algunos puntos a partir de los cuales se constituyó esa biopolítica, algunas de sus prácticas y sus primeros ámbitos de intervención, saber y poder a la vez: la biopolítica va a extraer su saber y definir el campo de intervención de su poder en la natalidad, la morbilidad, las diversas incapacidades biológicas, los efectos del medio” (8). Siguiendo lo anterior, podríamos preguntar: ¿hasta dónde una política pública respeta la autonomía y la autodeterminación de los individuos y de los pueblos?, ¿en qué momento el bien común se antepone al bien individual?, ¿existen políticas públicas que excluyan a los diferentes?, ¿quién es quien va a determinar hacia dónde orientar ese comportamiento y por qué determina tal o cual camino?

Franco menciona que “las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones” (9). Javier Gafo mencionaba que, para que existiera una buena ética, se requerían buenos datos (10). La técnica y los datos son importantes, al igual que la identificación de causas y prioridades. Sin embargo, cuando una estrategia para resolver un problema no resulta factible, surge la necesidad de considerar alternativas que sí lo sean. En este proceso, los intereses personales pueden desviar la toma de decisiones, llevando incluso al fracaso de la política pública. Asimismo, existe el riesgo de que la falta de factibilidad financiera limite la implementación de soluciones o desaliente la atención de ciertos problemas, lo que podría generar consecuencias de diversa índole. Justo en este punto es donde se ve la necesidad de implementar análisis éticos en la formulación de las políticas públicas que complementen los análisis para la toma de decisiones.

La bioética y las políticas públicas

La bioética, según Francesc Abel, es:

“El estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos por los progresos médicos y biológicos en el ámbito microsocioal y macrosocioal, mi-

cro y macroeconómico, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro” (11).

Como se observa, tanto la bioética como las políticas públicas coinciden en su carácter interdisciplinar; ambas también convergen en la orientación hacia una mejor toma de decisiones. En el caso de la bioética, como objeto de estudio, hace referencia al *bios*, en el sentido que le da Juliana González:

Nuestro ser mismo, aquello que nos hace ser humanos, no es “esencia” o “sustancia” separada o independiente de *zoé*: nuestra condición material y animal es *zoé*, pero, ante todo, es *bíos*, y *bíos* es, en efecto, vida cualificada, vida humanizada.

El humanismo de hoy no puede ser ya “antropocéntrico”, en el sentido de poner al hombre como centro dominador del universo, al que cosifica y posee, manipula y destruye como algo absolutamente otro y puesto a su servicio. El humanismo de hoy, en cambio, responde a un ser humano que, sin soberbia, reconoce su proximidad con el árbol, el lobo, la piedra. Percibe en sí la naturaleza viviente y asume su parentesco intrínseco con ella, su diferencia relativa. (12)

La repercusión de la toma de decisiones en la sociedad manifiesta un punto de quiebre. En las políticas públicas se planteaba la factibilidad y la eficacia mientras que, en el caso de que la bioética, implicará responsabilidad y, por supuesto, una ética de fines, pero con principios y valores inmersos. Es justo en este punto donde la bioética aporta elementos de humanismo para la revisión y la elaboración de las políticas públicas. Los elementos de factibilidad y eficacia hacen referencia a la finalidad, no al deber, es decir, si existe un problema público en el que las soluciones planteadas carezcan de factibilidad y eficacia, pero existe un deber hacia su resolución que se justifica en función de la reconstitución del *bíos* que, *prima facie* se tenga que atender por violación a la dignidad, la justicia, la vulnerabilidad o alguna otra situación entendida como violación a derechos humanos, se tiene que atender mediante la búsqueda de otras soluciones.

En su definición de bioética, Francesc Abel señala las repercusiones en el momento presente y el futuro. De manera similar, Charles E. Lindblom observa la usual atención de las políticas públicas hacia “las ramas”, sin llegar a la raíz o el origen de los problemas. La responsabilidad con las generaciones futuras o nuestra propia generación en el futuro, o con las generaciones futuras de la vida en general y los ecosistemas, obliga, desde el planteamiento ético, a elaborar políticas públicas que sean pensadas en función de su efectividad y repercusiones a corto, mediano y largo plazo, y no sólo a lo que de inmediato se ve como un incendio, sin atender el origen y considerar sus posibles consecuencias.

La necesidad de inclusión de la perspectiva bioética en las políticas públicas

Pareciera que el mundo gira sin necesidad de una reflexión sobre las conductas en relación al *bíos*. Se idean nuevos programas de salud, ambiente, bienestar animal; esos temas son los que se encuentran en todas las agendas gubernamentales y, en general, pueden estar bien sustentados técnicamente. A pesar de esto, gran parte de esos temas manifiestan la pluralidad social en la que estamos inmersos, temas en los que las comunidades de “extraños morales” (13) disienten y plantean perspectivas irreconciliables. Un ejemplo de ello es el aborto, la eutanasia o las corridas de toros. El Estado, en su carácter neutral o laico, enfrenta el desafío de conciliar políticas públicas que beneficien al conjunto de la sociedad, y no únicamente a individuos o grupos específicos. En este contexto, los gobernantes pueden encontrarse en una encrucijada al intentar atender los problemas existentes, ya que algunas soluciones pueden entrar en conflicto con valores que ciertos sectores consideran sagrados; sin embargo, evitar estas medidas también puede implicar la persistencia o incluso el agravamiento del problema. Lo seguro es que, ante esta situación, uno u otro grupo considerará como mala decisión el camino tomado y, ante cuestiones de simpatía popular, un político que quiera seguir con su carrera en este ámbito pensará seriamente antes de hacer algo, pues lo importante para muchos es no perder votos o elegir la opción que tenga más seguidores y presente más voto en el futuro.

El problema es que, en ocasiones, la opción elegida no necesariamente es la más factible y éticamente adecuada.

En otras ocasiones, el conflicto de interés no repercute en la ganancia o pérdida de popularidad, sino en el mayor o menor presupuesto disponible y los reajustes consecuentes que esto tenga o en la mayor conveniencia financiera para los tomadores de la decisión, lo que se conoce como “moches”. Toda política pública va a requerir recursos, pues se tendrá que licitar con empresas constructoras o distribuidoras de los insumos o servicios requeridos para dicha política. Lo principal es que, al menos en muchos lugares de México, las decisiones se han tomado por intereses económicos, con base en quién da más “moche”.

El ejemplo de las políticas públicas sobre el medio ambiente

Greta Thunberg, activista sueca y excandidata al premio Nobel de la Paz, plasma claramente, en un discurso pronunciado en Davos, que existe un mayor interés por el dinero que por aquello que realmente importa, como la resolución de la crisis climática.

“Algunas personas dicen que no deberíamos dedicarnos al activismo. Que deberíamos dejarlo todo en manos de nuestros políticos y limitarnos a votar por el cambio. Pero ¿qué hacemos si no hay voluntad política? ¿Qué hacemos cuando las políticas necesarias no se ven por ningún lado?

Aquí en Davos, como en todas partes, todo el mundo habla de dinero. Parece que el dinero y el crecimiento son nuestras principales preocupaciones. Puesto que la crisis climática nunca se ha abordado como tal, la gente simplemente no es consciente de todas las repercusiones en nuestra vida diaria”. (14)

Greta Thunberg dice lo que muchos ciudadanos percibimos en torno a las soluciones de los problemas importantes en la sociedad, pues los políticos parecen no tener “voluntad política”. En el ámbito político es bien conocido que la “voluntad política” mueve montañas, si un político está interesado en

un tema, sea cual sea y tiene un interés personal, financiero, o porque sea su bandera, por ejemplo, va a hacer lo que sea porque esa problemática se resuelva, sin importar si técnicamente está bien estudiada la posible solución o si es éticamente adecuada, incluso si es legalmente factible. Pero, si no les interesa o contraviene sus intereses, por más necesidad de solución que exista, difícilmente harán algo.

En la conferencia sobre el cambio climático de la ONU en diciembre de 2018, Greta Thunberg mencionaba:

Ustedes sólo hablan del eterno crecimiento económico verde porque les asusta demasiado ser impopulares. Solo hablan de seguir adelante con las mismas malas ideas que nos han llevado a esta situación desastrosa, aunque lo único sensato ahora sería accionar el freno de emergencia.

No son lo suficientemente maduros para llamar a las cosas por su nombre. Incluso esa carga la están dejando a sus hijos. Pero a mí no me importa nada la popularidad: a mí me importa la justicia climática y que el planeta siga vivo.

Estamos a punto de sacrificar nuestra civilización por las oportunidades de ganar enormes cantidades de dinero para un reducido número de personas. Estamos a punto de sacrificar la biósfera para que los ricos de países como el mío puedan vivir con lujos. Pero es el sufrimiento de muchos lo que costea los lujos de pocos.

Hasta que empiecen a centrarse en lo que es preciso hacer y no en lo que es políticamente posible no habrá esperanza. (15)

El reclamo de una niña que comprendió que su futuro y el de las siguientes generaciones ha sido mancillado por las generaciones predecesoras y actuales no sólo por las acciones de los ciudadanos, sino también por intereses económicos y de poder, remite a lo que Hans Jonas señaló hace más de cuarenta años al plantear la vulnerabilidad de la naturaleza:

Esa vulnerabilidad pone de manifiesto, a través de sus efectos, que la naturaleza de la acción humana ha cambiado de facto y que se le ha agregado un objeto de orden totalmente nuevo: nada menos que la entera biósfera del planeta, de la que hemos de responder, ya que tenemos poder sobre ella. ¡Y es un

objeto de tan imponentes dimensiones que todo objeto anterior de la acción humana se nos antoja minúsculo! La naturaleza, en cuanto responsabilidad humana, es sin duda un *novum* sobre el cual la teoría ética tiene que reflexionar. ¿Qué clase de obligación actúa en ella? ¿Se trata de algo más que de un interés utilitario? ¿Se trata simplemente de la prudencia que nos prohíbe matar a la gallina de los huevos de oro o cortar la rama sobre la que estamos sentados? (16)

¿Qué hemos hecho con el planeta? ¿Cómo es posible que las políticas públicas de los últimos dos siglos no proyectaran las consecuencias en la biósfera? ¿En qué momento el *homo faber* y el *homo economicus* le ganaron al *homo sapiens*? ¿Qué hacer ante el lugar central que tiene la tecnología y la economía en la toma de decisiones humanas y políticas? Hans Jonas respondería:

Si la esfera de la producción ha invadido el espacio de la acción esencial, la moral tendrá entonces que invadir la esfera de la producción, de la que anteriormente se mantuvo alejada, y habrá de hacerlo en la forma de política pública. Nunca antes tuvo ésta parte alguna en cuestiones de tal alcance y en proyectos a tan largo plazo. De hecho, la esencia modificada de la acción humana modifica la esencia básica de la política. (17)

Jonas retoma el imperativo categórico, aplicándolo para esta responsabilidad ante el *bíos* en general mediante el siguiente planteamiento:

Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra; o, expresado negativamente: “Obra de tal modo que los efectos de tu acción no sean destructivos para la futura posibilidad de esa vida”; o simplemente: “No pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra. (18)

Regresando a Greta Thunberg, contrastamos la práctica de este ejemplo de políticas públicas en relación al cambio climático y la responsabilidad política:

No pueden quedarse de brazos cruzados esperando que llegue la esperanza. Están comportándose como niños malcriados e irresponsables. No parecen comprender que la esperanza es algo que uno se gana. (19)

Es increíble como una niña, en ese entonces, entiende el principio de responsabilidad política aplicada al cambio climático, y es que, los gobernantes, durante muchos años, no consideraron las posibilidades de afectación que esto tiene en la biósfera. De manera similar, Jonas argumentaba sobre cómo se dejan al azar las posibles consecuencias de las políticas públicas implementadas que, años después, muestran sus efectos nocivos:

El núcleo en torno al cual gira la planificación política, esto es, el bien común; aquí no puede tener lugar la perspectiva del jugador de ganar la apuesta. (20)

La responsabilidad del político surge, entonces, como un punto prioritario en la elaboración de las políticas públicas que permite tener una visión de futuro, en la cual no se deben dejar al azar las posibles consecuencias de esas políticas públicas. Es importante tener en cuenta que, tanto hacerlas como no hacerlas, tendrá un resultado del cual el político será responsable.

Las políticas públicas en sociedades plurales

Hoy en día las sociedades son cada vez más plurales, ya no hay homogeneidad en la religión, en la forma de pensar, en los partidos políticos, la libertad de pensamiento y de acción plantea nuevas posibilidades, al tiempo que se enfrentan retos de enorme dimensión en el momento de tomar decisiones sobre políticas públicas en las que diversos grupos sociales tienen desacuerdos morales, en ocasiones irreconciliables.

En estas sociedades, como señala Tristram Engelhardt, conformadas por comunidades de “amigos morales” que, a su vez, son “extraños morales” frente a otras, el arte de gobernar y de proponer soluciones a los problemas públicos implica no sólo la capacidad de tolerar la diversidad de ideas y comportamientos, sino también el esfuerzo por establecer no sólo mínimos

comunes exigibles para todos, sino incluso la búsqueda de una moralidad compartida, en caso de que esta sea posible. A este respecto, Tristram Engelhardt plantea:

El proyecto de asegurar la mayor universalidad posible para las pretensiones de la bioética tiene sus raíces en el proyecto ilustrado de establecer una ética universal con contenidos concretos y una comunidad moral capaz de incluir a todas las personas, independientemente de cualquier premisa religiosa o cultural. Este libro se centra en el fracaso de este proyecto [...]. (21)

Ferrer y Álvarez mencionan en relación a los conceptos de Engelhardt que:

El término ‘extraños morales’ se aplica a las personas que no tienen en común suficientes premisas morales o normas de demostración e inferencia moral (*rules of evidence*) para resolver sus controversias morales a través de una argumentación racional válida. [...] Son amigos morales las personas que comparten suficientes elementos morales concretos como para solventar sus diferencias a través de argumentos racionales válidos o a través del recurso a una autoridad moral que ambos reconocen como derivada de una fuente distinta del consenso o el acuerdo entre las partes. Los extraños morales no tienen otra alternativa para resolver sus diferencias morales que el acuerdo o el consenso entre las partes. (22)

En el ámbito de las políticas públicas, el considerar ésta ética del permiso en temas donde hay polarización, obligaría a llegar a acuerdos y consensos que resuelvan de la mejor forma los problemas públicos. Sin embargo, esto no siempre es así, y llega el punto en el que los políticos deciden en función de la comunidad moral a la que pertenezcan. Al tiempo, esto repercute en forma de exclusión de los “extraños morales”, que tiene como consecuencia probable desencadenar una mayor vulnerabilidad y mayores inequidades.

Ante estas circunstancias, Jonh Raw (23) plantea, en su teoría de la justicia, la necesidad de tener un “velo de ignorancia” en el que el tomador de decisiones, el juez, el legislador o el gobernante, para que pueda tener una ceguera que le de neutralidad en función de que él mismo no sepa

en qué sitio le tocará estar y, como tal, pueda elaborar, en este caso, una política pública beneficiosa para todos los implicados.

Como se mencionó anteriormente, en las sociedades plurales se encuentran extraños morales ante lo cual, quien elabore las políticas públicas, tendría que mantener una posición de neutralidad que le permita de manera simultánea no excluir al saber que él puede estar en cualquier sitio y, por lo tanto, resultar afectado o beneficiado por dicha política. De esta forma, se harían mejores políticas que no menoscabarían el conflicto de intereses monetarios, políticos, de poder o de cualquier otra índole. Sin embargo, si aspiramos a ir más allá de la idea de diseñar la mejor política bajo la incertidumbre de no saber qué lugar nos tocará ocupar —y, por ello, actuar en función del propio beneficio—, resulta necesario incorporar el concepto de responsabilidad hacia los demás. Esta responsabilidad no debe limitarse únicamente a otros *Homo sapiens*, sino extenderse también a los demás seres que cohabitan el planeta, incluyendo a la biósfera en su conjunto.

“El nuevo humanismo lleva en su entraña tanto la ética como la ecología, no únicamente como áreas del conocimiento y de políticas públicas, sino como la tarea histórica fundamental del hombre contemporáneo; del hombre del presente y del futuro” (24).

La construcción de políticas públicas sin fundamentación ética y ecológica en nuestras sociedades plurales corre el riesgo de ser anacrónica, no equitativa y poner en juego nuestro futuro y el de generaciones venideras.

***Las políticas públicas en los grupos vulnerables,
los diferentes, las minorías y las teorías de justicia***

¿Cómo diseñar políticas públicas que respondan de manera inclusiva a la diversidad de la población? ¿Para aquellos que no son la “norma”? ¿Cuál es la justificación no estadística de atender lo menos frecuente?

Ante los problemas públicos que se presentan, habitualmente, los tomadores de decisiones y los planificadores consideran la regla 80/20, también conocido como el principio de Pareto:

La idea central del principio 80/20 es que una “minoría” de causas o esfuerzos generan la “mayoría” de las consecuencias o resultados. [...] Bajo la premisa 80/20, aproximadamente una quinta parte de las causas genera la mayor parte del problema. Éstas son las causas que se deben considerar en el diseño de la política pública para generar más resultados con menos recursos y, con eso, lograr uno de los dos principios básicos de las políticas públicas: la eficiencia y la eficacia. (25)

El problema de este principio surge cuando nos preguntamos por aquellas causas que no entran bajo esta premisa, es decir, por las minorías, ¿qué sucede con esos afectados? ¿Acaso porque el gobierno tenga mejores resultados con menos recursos esas minorías se quedarán sin ser atendidas? Éste principio que, en teoría nos ayuda a mejorar las políticas públicas, podría ser parte del problema de exclusión de minorías y del incremento de las desigualdades, inequidades y una mayor vulnerabilidad de ciertos grupos. Un ejemplo real de lo anterior es el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Seguro Popular que se implementó desde 2003 en México hasta su extinción en 2019. En este catálogo (26), en 2016, se consideraban 287 intervenciones en las principales enfermedades. También se formó el Fondo de Gastos Catastróficos con 61 intervenciones (cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, cáncer de niños y adolescentes, trasplantes de médula ósea, cuidados intensivos neonatales, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas y VIH/SIDA) y el Seguro Médico para una nueva generación (posteriormente llamado siglo XXI) en el que se realizaban 149 intervenciones a niños. En la justificación de la forma de elección de las intervenciones se menciona lo siguiente:

La actualización 2016 está enfocada en priorizar servicios de salud de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de enfermedades en el país, en relación con la viabilidad financiera del Sistema, promoviendo la atención integral dirigida a la prevención y promoción de la salud con acciones consideradas en la Línea de Vida, así como las correspondientes al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y manejo ambulatorio en cuidados paliativos, con lo cual se amplía la cobertura a los afiliados. (27)

Se da prioridad de acuerdo a la epidemiología, la viabilidad financiera, la prevención y la promoción de la salud. Esto implica que aquellos que tienen enfermedades no frecuentes o muy caras no son cubiertas, por ejemplo, la enfermedad renal crónica o el cáncer (excepto de mama, cérvico-uterino y ovarios en mujeres y próstata en hombres). Aunque en el discurso estas ideas parecen adecuadas, en la práctica se enfrentan a realidades sumamente complejas. La situación de un padre que no puede pagar su tratamiento de cáncer de estómago sin comprometer la subsistencia de sus hijos ilustra con claridad estas dificultades. Estos casos son duros porque, finalmente, el paciente deja a su familia en una situación de mayor pobreza. Así, llegamos a políticas públicas en las que estas “minorías” fueron excluidas debido a esta priorización justificada por la “viabilidad financiera”, “no podemos cubrir todo”, “¿a quién o a qué le quitamos?” Como resultado, aumentan las inequidades y el vulnerable se ve aún más afectado.

Rawls habla de la necesidad de atender primero a los más vulnerables para evitar caer en estas inequidades que, a su vez, vulneran más a los menos favorecidos con la finalidad de romper estos círculos viciosos de injusticia:

[...] las desigualdades sociales y económicas, por ejemplo, las desigualdades de riqueza y autoridad, sólo son justas si producen beneficios compensadores para todos y, en particular, para los miembros menos aventajados de la sociedad. (28)

El problema en los sistemas que aplican las políticas públicas es que tienen diferentes conceptos sobre justicia, tal como lo ejemplifican las distintas posturas de Rawls y de Nozick. En este punto los conceptos personales y de partidos toman notoriedad según su idea de Estado, de democracia y de justicia.

Jonh Rawls plantea dos principios en sus teorías de justicia:

Primero: cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas iguales que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

Segundo: las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que: a) se espere razonablemente que sean ventajosas para todos, b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos. (29)

En este sentido, Julio Martínez explica lo siguiente:

Las violaciones de una idea estricta de igualdad sólo son aceptables en el caso de que sirvan para engrosar las porciones de recursos en manos de los menos favorecidos y nunca en el caso de que los disminuyan. (30)

Para que la justicia se logre, las instituciones deben encaminar sus esfuerzos a igualar a los individuos en las circunstancias, dotarlos de ciertos “bienes primarios”, como la salud y la educación. El problema radica en que no todos tienen ese concepto del Estado de bienestar, en el que el Estado sea garante del bienestar general. Algunos más conciben la justicia distributiva desde uno o más de los diferentes criterios materiales que muestran las características para recibir un trato de igualdad:

1. A cada persona una porción igual.
2. A cada persona según sus necesidades.
3. A cada persona según sus esfuerzos.
4. A cada persona según su aportación.
5. A cada persona según su mérito.
6. A cada persona según las reglas de intercambio en un mercado libre. (31)

Estos criterios son tomados en cuenta según las características de la sociedad y las personas a las que se apliquen. Se utilizan para hacer las leyes y las políticas públicas, pero, en muchas ocasiones, no está claro cuál criterio es más importante o cuál tiene prioridad sobre los otros. En otras ocasiones, se privan los intereses según convenga uno u otro criterio, de ahí la importancia de retomar el “velo de ignorancia” que plantea Rawls.

Por otro lado, para Nozick el Estado debe ser un Estado mínimo, esto es:

Dedicado exclusivamente a proteger a las personas contra el robo, el fraude, el uso ilegítimo de la fuerza, y a respaldar el cumplimiento de contratos celebrados entre los individuos. (32)

El liberalismo libertario señala que importa más la producción que la distribución; la justicia no tiene carácter social, las competencias del Estado deben ser mínimas para que no atenten contra los derechos individuales, es decir, los “derechos negativos” están por encima de los objetivos sociales.

Engelhardt, como libertario, plantea que debido a que en la sociedad existen “extraños morales” se requieren acuerdos, en donde el principio de permiso es lo idóneo para la vida en sociedad. De esta forma, la libertad de acción se da en función de permitir aquello que se acuerde. En el caso de la atención sanitaria pública, el autor considera inmoral que, con los recursos obtenidos de los miembros de la sociedad a través de los impuestos, se pague la atención sanitaria de los miembros de esa misma sociedad, en virtud de que el daño o la pérdida de la salud no es causada por los miembros de la sociedad que pagan impuestos ni por el Estado. En este sentido:

Se necesitaría un argumento basado en una concepción particular de la imparcialidad para demostrar que los lectores de este libro deberían someterse a la redistribución forzosa de sus recursos con objeto de proporcionar asistencia sanitaria a quienes han sido perjudicados por otras personas.

Según Julio Martínez, Engelhart considera que:

La desigualdad aparece como un hecho moralmente inevitable: las diferencias genéticas, educacionales o sociales ‘no crean obligación moral secular, clara y manifiesta de ayudar a los necesitados’, aunque podamos caer en el infierno [...] si se aceptase que las desventajas causadas por la lotería natural o social crean derechos a la asistencia sanitaria o a otros tipos de asistencia social, se agotarían los recursos de la sociedad, consiguiendo poco alivio a costes muy elevados [...]. La salud o la capacidad es un derecho negativo que el Estado no debe proteger de modo positivo. No niegan que haya deberes morales de caridad o solidaridad altruista y supererogatoria para con los débiles de la sociedad, pero no caen entre las exigencias de estricta justicia. (33)

A partir de posturas libertarias sobre la justicia se explica la configuración de sistemas de salud en los que la atención médica no se asume como una responsabilidad del Estado, como ocurre en el caso de Estados

Unidos. No obstante, son ampliamente conocidas las repercusiones que este tipo de sistemas tiene tanto en la salud como en la situación económica de la población.

La importancia de la reflexión sobre las teorías de justicia en los personajes que elaboran las políticas públicas del país es tal que, dependiendo de sus conceptos, pueden elaborar distintos tipos de políticas.

Conclusiones

Amartya Sen menciona que la justicia no debe quedar en el plano teórico, pues lo importante es disminuir las injusticias: “una teoría de justicia que puede servir de base para el razonamiento práctico debe incluir maneras de juzgar cómo se reduce la injusticia y se avanza hacia la justicia” (34). De manera análoga, la bioética parte de un constructo teórico que, en ocasiones, resulta complejo poder aplicar. La pretensión de este escrito es orientar con fundamentos básicos para la reflexión sobre las políticas públicas.

La bioética laica, como estudio sistemático de la conducta humana en relación con las ciencias de la vida y la salud, permite reflexionar sobre las políticas públicas ya establecidas o las que se puedan construir en el futuro, logrando ser una herramienta propicia para hacer verdaderas políticas públicas con trasfondo humanista.

Por último, es importante recordar que elaborar bien o mal las políticas públicas relacionadas con cualquier forma de vida o el medio ambiente significa que lo que se haga tiene un impacto en esas vidas; puede mejorarlas, empeorarlas o aniquilar algunas o muchas, por lo que es primordial tener presente la responsabilidad que conlleva hacerlo de la mejor manera posible.

Referencias

- Abel F. *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid: Mapfre / Institut Borja de Bioética; 2001.
Alonso B. C. El saber interdisciplinar. En: *Estudios interdisciplinarios: Actas de las reunio-*

- nes de la Asociación Interdisciplinar José de Acosta. Vol. 40. España: Universidad de Comillas; 2014. p. 195.
- Aquino T de. *Suma teológica*. Tomo I. Madrid: Club de Lectores; 1988.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) [Internet]. México; 2016 [citado 2019 jul 25]. Disponible en: <http://www.documentos.seguropopular.gob.mx/dgss/causes2016.pdf>
- Engelhardt H. T. *The foundations of bioethics*. 2nd ed. Nueva York: Oxford University Press; 1996.
- Ferrer J, Álvarez J. *Para fundamentar la bioética*. 2a ed. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; Desclée de Brouwer; 2005.
- Franco Corzo J. *Diseño de Políticas Públicas*. México: IEXE; 2019.
- Foucault M. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
- González J. *Bíos*. México: Fondo de Cultura Económica / UNAM; 2017.
- Gracia Guillén D. La bioética y el mundo parlamentario [Internet]. YouTube; 2013 [citado 2024 ago 5]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=TaD9rohawoc>
- Jonas H. *El principio de responsabilidad*. España: Herder; 1995.
- Martínez J. L. Exclusión, discapacidad y justicia social. En: Martínez J. L, editor. *Exclusión social y discapacidad: dilemas éticos de la deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004. pp. 227-232.
- Rawls J. *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
- Real Academia Española. Político [Internet]. *Diccionario de la lengua española*; [citado 2024 ago 5]. Disponible en: <https://dle.rae.es/pol%C3%adtico>
- Sen A. *La idea de la justicia*. México: Penguin Random House; 2018.
- Thunberg G. *Cambiemos el mundo*. México: Lumen; 2019.

2. El quehacer de la bioética en la educación básica, media superior y superior o por qué es necesaria la exigibilidad de la educación en bioética en México



ÁNGEL ALONSO SALAS*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.02>

Resumen

En este apartado se reflexiona sobre el sentido y la importancia de la bioética en la educación formal en México, particularmente en los niveles básico, medio superior y superior, a partir de las modificaciones impulsadas en el actual gobierno y de la propuesta de la Nueva Escuela Mexicana como proyecto educativo y social, en el cual no se prioriza una formación filosófica, humanista y bioética. Por tal motivo, se presentan argumentos sobre la utilidad, el quehacer y la impronta de la bioética, con el propósito de promover su incorporación en la malla curricular en todos los niveles educativos. Lo anterior se vincula con la modificación del artículo tercero constitucional, que plantea una educación integral para la ciudadanía en México, con énfasis en la formación artística, humanista y filosófica, la recuperación de los saberes de los pueblos originarios, la promoción de una cultura de paz y la erradicación de la violencia de género. En este contexto, se elabora un diagnóstico de la educación formal, así como de otros espacios en los que la bioética se ha desarrollado, tanto en el ámbito sanitario como educativo, y se analiza cómo la exigibilidad de una formación bioética en espacios formales e informales puede contribuir a la consolidación del nuevo modelo educativo y a una mejor formación ciudadana.

* Doctorado en Ciencias (Bioética), por la Facultad de Medicina, UNAM. angel.alonso@cch.unam.mx ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-1754>

Palabras clave: *bioética, educación básica, filosofía, bachillerato, humanismo.*

Introducción

En el presente escrito se reflexionará sobre el papel y la utilidad de la bioética en la educación formal —en los niveles básico, medio superior y superior— con el propósito de argumentar a favor de la exigibilidad de su enseñanza en México. En lo que respecta a la educación formal, en el nivel básico y medio superior no existe una asignatura propia que aborde de manera específica a la bioética, a pesar de que muchas de sus temáticas y contenidos constituyen parte sustancial de los ejes temáticos, o bien, se encuentran como valores y contenidos temáticos que podrían abordarse en algunas asignaturas.

Ahora bien, en el nivel medio superior, la implementación del nuevo modelo educativo de la actual administración federal, denominado la “Nueva Escuela Mexicana” (NEM), ha eliminado asignaturas filosóficas de la malla curricular bajo el supuesto de que los contenidos filosóficos se pueden dar de manera transversal y que la creación de las asignaturas de humanidades sería el lugar en donde se podrían encontrar los contenidos filosóficos, así como también de corte bioético. Finalmente, en el nivel superior, muchas carreras de las áreas de ciencias médicas, odontológicas, de la salud, ciencias sociales, ingenierías y humanidades han incluido asignaturas obligatorias de bioética en su malla curricular debido a la trascendencia de estos contenidos en el quehacer profesional. Una vez que se muestre un breve diagnóstico de lo que sucede en estos niveles educativos, se argumentará a favor de la educación y la obligatoriedad que debería tener la bioética en nuestros días.

Bioética ¿para qué?

Apelar a la historia del término bioética nos remite a dos puntos de partida, los cuales nos permitirán dimensionar la importancia, el sentido y la vigencia de este término en nuestros días, a saber, la manera en que se acuñó el término y los motivos que le llevan a que éste se proponga como un área

de formación para el personal sanitario. El primero de ellos tiene que ver con la aparición del vocablo “bioética”. Dicho término lo acuñó el filósofo y teólogo Fritz Jahr¹ en 1927. Esta noción está formada por dos vocablos griegos: *bíos* (que podemos definir *grosso modo* como “vida”) y *ethos* (que nos remite a la tradición helénica que apela a “la formación del carácter”, o bien, a la tradición latina en donde se retoman las costumbres, tradiciones y leyes que apelan a una conducta buena, justa o correcta que debe tener el ser humano en sociedad). Ahora bien, no basta la unión de dos palabras para dar una definición rápida y sencilla de lo realizado por dicho filósofo. El trasfondo de la invención de este término, “bio-ética”, es de suma importancia, ya que, a juicio de Jahr, tiene una connotación a largo plazo. La invención de esta palabra tiene que ver con un saber y un deber ético cuyas implicaciones apelan a las relaciones que el ser humano tiene con el resto de la vida en su conjunto.

Es importante mencionar que la discusión que está “detrás de las bambalinas” o “entre líneas” tiene que ver con la teoría kantiana de los deberes y los imperativos categóricos. Como es sabido, Kant propone un imperativo categórico: “obra de tal manera que la máxima de tus acciones se convierta en una ley universal”, en el que el *quid* está en la manera en que se maximizan las acciones a un nivel universal y, en especial, a la formulación que tiene implicaciones sobre las relaciones con uno mismo y con la importancia de que todas las relaciones humanas deben ser *finés en sí mismos y no medios*.² En este sentido, no se debe promover ni permitir la alienación o cosificación de las otras personas o de uno mismo. Debido a esto, Jahr apela a ampliar el imperativo categórico kantiano a todas las especies y todos los seres vivos, en donde no se privilegie única y exclusivamente al ser humano, sino a todo ser vivo. Es menester incluir al hábitat y a quienes lo cohabitan en las consideraciones morales y a no permitir su instrumentalización y cosificación por parte de los seres humanos. En este orden de ideas, la invención de la palabra “bioética” debe ser entendida como una llamada de

¹ Cfr. Paulina Rivero *Introducción a la bioética: Desde una perspectiva filosófica*.

² Es la tercera formulación del imperativo categórico kantiano en donde se afirma: “obra de tal manera que no trates a la humanidad ni a tu persona como un medio, sino como un fin en sí mismo”, la cual es usada en la argumentación bioética a favor del tema de la dignidad y para comprender las implicaciones éticas del quehacer de la bioética.

atención a las prácticas sociales y a la sociedad en su conjunto, en donde es necesario relacionarse con la naturaleza, el ecosistema, con la flora y fauna como fines en sí mismos, y no como meras mercancías, insumos u objetos que están a la mano para que los demás los cosifiquen y no contemplen en sus justas dimensiones.

Es importante destacar que no se debe minimizar o empobrecer este término por considerarlo únicamente parte del mero estudio de la vida con ciertos deberes deontológicos, de una labor propia de la biología y otras ciencias, sino de la aplicación que la ética debe tener en el estudio de la vida y los problemas que ésta presenta en su conjunto en todo el planeta.

En segundo lugar, es común identificar la emergencia de la bioética como una disciplina a partir de década de los 70 con el médico y oncólogo Van Rensselaer Potter, quien, en el texto *Bioethics: Bridge to the future*, propone a la “bio-ética” como una disciplina que conjunta las ciencias de la vida con la ética para atender los problemas de la ética médica. La argumentación de Potter radica en la importancia de recuperar las reflexiones sobre los valores, la axiología y la humanización en el interior de los centros de salud. No basta ser un especialista en un área de la salud, sino que es menester incorporar una formación ética que sensibilice al personal sanitario que termina reduciendo a una persona enferma a un paciente más, a “algo” que se debe reparar o arreglar, y se desvincula de su entorno y su historia de vida. Esta propuesta de fomentar e incluir una formación humana que contenga, por una parte, todo lo que tenga que ver con el cuerpo, la salud y la vida misma, debe estar en sintonía o a la par de una tradición deontológica, de valores y buenas prácticas médicas con los pacientes, familiares y entre el mismo personal de salud. En este orden de ideas, se ha considerado a Potter como el “padre de la bioética” en la medida que sus textos tuvieron una repercusión tal que se concretaron en políticas públicas y sanitarias en Estados Unidos, lo que permitió el diseño, la implementación y la concreción del “Informe Belmont”, que constituye el antecedente de los principios de bioética de Childress y Beauchamp. Esto también permitió incorporar esta asignatura o disciplina como parte de la formación profesional del personal médico, tanto en los planes de estudio como en los procesos de actualización curricular que se desarrollan en diversos hospitales. Asimismo, ha favorecido su inclusión en la discusión pública, especialmente en temas

de ética médica relacionados con la relación médico-paciente y con las problemáticas vinculadas al inicio y al final de la vida humana.

La aportación de Potter no puede reducirse únicamente a situar o mostrar la importancia del estudio de la bioética en el interior de los nosocomios e instituciones educativas, ya que trasciende dichos espacios y fronteras. En sus escritos el autor apela a que la formación bioeticista implica el trascender las aulas, la relación médico-paciente y el proveer herramientas de discusión y/o reflexión en cuestiones de ética médica. También tiene implicaciones “planetarias” en la medida en que el estudio de la bioética lleva a que la ciudadanía reflexione y tome una postura sobre el quehacer y actuar del personal médico, la responsabilidad que comparten los pacientes y sus familiares, el efecto que tienen estas decisiones en la formación ciudadana, en las políticas públicas, así como también, las acciones y las decisiones que afectan al ecosistema, al medio ambiente y a quienes habitamos en ella. Es por este motivo que apelar a la necesidad de la exigibilidad de la educación en bioética constituye un pendiente de las agendas públicas, políticas y educativas que se debe resolver a corto plazo.

Ahora bien, uno podría preguntarse cuáles son las problemáticas que tiene la bioética para comprender los motivos por los que los contenidos de ésta disciplina deberían verse reflejados en las mallas curriculares. *Grosso modo*, podemos destacar las cuatro grandes líneas de las temáticas, dilemas o problemas que se abordan en la bioética, a saber:

1. *Cuestiones relativas al uso de la ciencia y la tecnología* en temáticas y problemas que hoy en día generan un abismo de incertidumbre sobre los lineamientos, códigos, límites, peligros y ventajas sociales de industrias farmacéuticas, tecnológicas o las implicaciones que tienen en la salud y el medio ambiente. Algunas de las temáticas más comunes son la inteligencia artificial, la clonación, el transhumanismo, la industria de cyborgs y tecnología de punta para los centros sanitarios, los organismos genéticamente modificados, la inseminación artificial, la ingeniería genética, la tecnociencia, los xenotrasplantes y todo aquello que implica el uso de la ciencia y la tecnología. Estos son algunos de los temas más relevantes que implican un diálogo inter, multi y transdisciplinario que resulta en políticas públicas nacionales e internacionales, así como en

la necesidad de reflexionar sobre quiénes podrían tener acceso o no al uso de este saber y con qué fines.

2. *Tópicos de ética animal (zooética) y ética ambiental (ecoética)*. El emerger del siglo XXI estuvo marcado por preocupaciones medioambientales y de la responsabilidad de la sociedad con los animales no humanos. Si bien estos movimientos surgieron en distintos lugares del mundo en la década de los 70 a favor de la ética de los animales y/o las consideraciones morales que se deberán tener hacia los animales no humanos, éste tema surgió con Peter Singer y el texto de *Liberación Animal* y todas las propuestas subsecuentes sobre la toma de conciencia del sufrimiento y el bienestar animal, el abolicionismo, las buenas conductas y prácticas en los laboratorios y diversas normatividades y principios que regulan el uso de animales en laboratorios, instituciones educativas, en las industrias militar, farmacéutica, alimentos, automotriz, cosméticos, deportivas, entre otros. Por otra parte, apareció el trascendentalismo en Estados Unidos, también en la década de los 70, con movimientos políticos, sociales, filosóficos, religiosos, artísticos y culturales con las aportaciones de Ralph Waldo Emerson, Henry David Thoreau y Aldo Leopold a favor de la ética ambiental, de la protección del medio ambiente y la madre tierra. También se abordaron temas relacionados con la urgencia de hacer leyes a favor de la conservación de ciertos espacios para salvaguardar a la flora y la fauna en peligro de extinción, la necesidad de educar a la población como pertenecientes a una comunidad biótica, entre otros, lo cual ha llevado a la concreción de protocolos y Códigos (París, Kyoto, Cartagena, Agenda 2030, por mencionar algunos de ellos), así como movimientos políticos, sociales, de activistas, organizaciones no gubernamentales y la participación ciudadana a levantar su voz sobre estos problemas. Algunas de las preocupaciones principales están relacionadas con el calentamiento global, la desaparición de corridas de toros y otros “espectáculos” como palenques, peleas de perros, la venta clandestina de animales, el repensar la función y el sentido de los circos o zoológicos, las disputas sobre la soberanía alimenticia con el uso o patente de semillas, la contaminación ambiental, la sequía, etcétera. Dichos temas están presente en distintos espacios y se ha avanzado en leyes, regulación y políticas públicas relacionadas. Ésta problemática ha

- incidido en la creación de diversos comités de bioseguridad, de ética ambiental y el Comité Interno para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL) en diversas instituciones educativas y sociales.
3. *Dilemas en torno al inicio, el desarrollo y el fin de la vida.* En el momento en que emerge la bioética como una disciplina, ésta se confundía con problemas que se circunscriben a la ética aplicada o ética médica, por lo que surgieron diversas propuestas que apelaban al uso, la socialización y la apropiación de los principios bioeticistas (Childress y Beauchamp, Hans Jonas o BIOMED II), así como a la urgencia de la creación de protocolos y normatividades en el ámbito de la salud, ya sea con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos o la Declaración de Helsinki, una serie de normatividades internas en cada hospital y centro de salud, o en una formación bioética que ha llevado a la incorporación de esta disciplina en la malla curricular de diversas carreras. Los principales problemas de ésta área tienen una implicación médica en relación con aquello que gira en torno a la relación médico-paciente, la interrupción voluntaria del embarazo o aborto, la gestación subrogada, los derechos sexuales reproductivos de las minorías sexo-disidentes, la donación y/o trasplante de órganos, el uso y cuidado de las células madre, los tratamientos sobre cualquier enfermedad, la eutanasia, los cuidados paliativos y el bien morir, el consentimiento informado, “éticas defensivas” que debe conocer el personal sanitario, comités hospitalarios de bioética (CHB), comités de ética de investigación (CEI), los principios de derechos de los pacientes, entre muchos otros. Dichos temas no sólo son polémicos y generan una pluralidad y diversidad de opiniones sobre cómo actuar en cada uno de los casos que se plantean (como la interrupción del embarazo, la ayuda médica para producir la muerte, etc.), sino que encontramos representaciones en novelas, series de televisión, películas, columnas de opinión y otros espacios donde se discute si la acción fue correcta o no, si debió existir una sanción hacia ciertas personas o el vacío legal que afecta o privilegia a ciertos sectores sociales. Todo esto nos permite vislumbrar la importancia de la bioética en el ámbito médico.
4. *Bioética social*, en donde se busca extender una mirada incluyente, laica, plural, bioeticista y de derechos humanos hacia las poblaciones más vulnerables, a saber, los migrantes, personas en situación de calle, co-

comunidades indígenas, sexotrabajadores, personas con algún tipo de discapacidad, gente recluida en asilos o los problemas de salud y sociales con el abandono de los adultos mayores, personas privadas de su libertad, personas olvidadas y excluidas, entre otros. En estos casos, al no contar con un problema de salud que apele a alguna de las situaciones de dilemas en torno al inicio, el desarrollo y el fin de la vida humana, se genera un rezago social que se convierte en un problema de justicia o una situación de la que la bioética se ha desentendido. La mayoría de los problemas y dilemas que se han mencionado en los tres puntos anteriores sugieren la existencia de una sociedad que promueve, protege y difunde, de manera irrestricta, los derechos humanos, la dignidad del ser humano, la sintiencia de animales no humanos, el respeto a la vida y la exigencia del cumplimiento de los principios bioéticos ante los seres vulnerables y vulnerados. Es importante resaltar el papel que tiene la multi, trans e interdisciplina en estas situaciones, la importancia que han adquirido la tolerancia y la laicidad en nuestras sociedades, así como la construcción de una sociedad más humana e incluyente. Sin embargo, ante esta impronta de la bioética se han olvidado, invisibilizado o marginado a muchos grupos minoritarios y grupos sociales que históricamente han sido vulnerados, lo que nos lleva a pronunciarnos a favor de una bioética social que implica el compromiso social, gubernamental y educativo hacia estos problemas y situaciones sociales.

¿Inutilidad de la bioética?

Muchas de las “acusaciones” que generalmente se le imputan a la bioética son referentes a su complejidad, al nivel de burocracia que conlleva o a su carencia de utilidad, ya que se hace pasar a la bioética y a sus comités que rigen diversas instituciones educativas y hospitales como exigencias momentáneas que emanan de la presión social de un “problema” coyuntural o momentáneo. En una sociedad que exige y recompensa resultados inmediatos, impactantes y rentables —como el desarrollo de un gadget más eficiente, la creación de una vacuna o la aplicación práctica de conocimientos técnicos y profesionales— se ha hecho creer que la exigencia de una educación en bioética es un capricho pasajero. Se le considera algo

materialmente imposible debido a la burocracia que implica someter proyectos o investigaciones a un Comité; una pérdida de tiempo porque depende de voluntades políticas, coyunturas o intereses económicos implícitos; o una tarea demasiado compleja y desgastante por requerir un enfoque inter, multi y transdisciplinario que integre distintas perspectivas y disciplinas. Sin embargo, esta sociedad de la inmediatez y la superficialidad suele ignorar que incluso la creación de un proyecto de investigación o la toma de decisiones requieren tiempo, colaboración y una formación previa de quienes participan. Al final, fortalecer la educación bioética ofrece más beneficios y ventajas que dificultades. En el caso de las disciplinas humanísticas y de las ciencias sociales, a diferencia de las “ciencias exactas”, la investigación, la obtención de resultados y la producción de conocimiento requiere de otro “tempo”. Es posible situar a la bioética como una ciencia de fronteras en la medida en que se nutre de diversos saberes, pero también por el hecho de que cada una de las disciplinas o áreas de conocimiento tienen sus límites ante alguno o varios de los problemas de las cuatro áreas de bioética descritas con antelación. Debido a esto, las limitaciones o problemas específicos de una disciplina se convierten en el área de oportunidad o el punto de partida de otra disciplina.

Reflexionemos un poco sobre el hecho de que las sociedades contemporáneas exigen que todo esté preparado y “a la mano” de manera inmediata. Algo así como si bastara con calentarlo, como una sopa instantánea, sin pensar en todo el proceso que existe detrás de ese insumo: la producción, el empaquetado, la distribución y la venta del producto que uno tiene en sus manos. En cambio, existen otras disciplinas que tienen “otro tiempo de cocción”, si se me permite la analogía culinaria, ya que una “cochinita pibil” o un “chile en nogada” requieren de tiempo para su preparación (a menos que una persona acuda a un establecimiento de comida rápida donde previamente se hayan invertido horas en preparar los ingredientes de dicho platillo). En este sentido, no es posible brindar una respuesta única y efectiva a cada uno de los problemas de la bioética, ya que se requiere un espacio de reflexión en el que se escuchen y retomen diversas voces, puntos de partida y situaciones polémicas, a partir de un ejercicio dialógico y deliberativo que permita analizar los pros y contras de cada decisión. Solo así puede construirse una resolución, propuesta o reflexión fruto de

un ejercicio crítico, dialógico y consensuado que apela a la participación ciudadana.

No se le puede exigir a la bioética una respuesta o solución única e inmediata que, con el simple hecho de emitir un decreto o aprobar una ley, se imponga automáticamente y resuelva todas las posibles interpretaciones, causas o situaciones derivadas de cada caso. No se puede exigir a la bioética que brinde un servicio exprés. La reflexión, la lectura y el análisis de los puntos a favor y en contra, tanto por parte de las y los especialistas en bioética como de las distintas disciplinas involucradas, requieren tiempo; un tiempo que debe reposarse, como si se tratara de un alimento que necesita “marinarse”. Aunado a esto, las exigencias internacionales establecen que cualquier escrito o resultado que se pretenda publicar en revistas especializadas debe contar con la carta de aceptación del CEI y, por ende, con el aval previo de un proyecto que garantice el correcto uso y manejo de información sensible, así como el cumplimiento de los protocolos y lineamientos éticos derivados del trabajo realizado por dicho órgano colegiado en cada institución académica.

En este orden de ideas, la generación del asombro, el trabajo en el aula, la escucha y la reflexión sobre las implicaciones que aporta cada disciplina al quehacer bioético son semejantes a la preparación de un platillo: cada ingrediente tiene su tiempo, su momento de aparición, de cocción y de preparación, y no es posible acelerar o recortar dichos procesos sin afectar el resultado final.

Finalmente, los temas bioéticos —como el aborto, los derechos sexuales y reproductivos, el calentamiento global, la eutanasia, la experimentación animal o la prohibición de las corridas de toros en la Ciudad de México, por mencionar algunos— suelen despertar un gran interés social. Por ello, sería saludable e importante ampliar los espacios de discusión sobre estos temas en ejercicios como los Parlamentos Abiertos en la Cámara de Diputados o en la Cámara de Senadores, y no únicamente cuando exista una iniciativa de ley en curso. Asimismo, la educación no formal ha sido uno de los principales medios para promover la discusión y reflexión en torno a estas cuestiones, pues espacios como los cine-debates, las homilías en las iglesias o las conversaciones surgidas a partir de una serie de *streaming* suelen generar más interés y participación que las propuestas impulsadas por algún partido político sobre estos temas.

La bioética como promotora del pensamiento crítico

La enseñanza de la bioética en cualquier nivel educativo implica que la persona que se brinde no sólo una formación sólida respecto a ésta área de conocimiento, aunado a la disciplina “madre” de la que dicha persona ha egresado. Es necesario que el bioeticista posea herramientas, habilidades y actitudes necesarias para poder transmitir las al estudiantado en distintos niveles educativos. Sin embargo, ¿desde qué marco, instancia o situación se podría argumentar a favor de la necesidad de la exigibilidad de la educación en bioética? Para contestar esta pregunta, es importante recordar que el 15 de mayo de 2019 se llevó a cabo una reforma al Artículo Tercero de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en donde se estipula que:

Toda persona tiene derecho a la educación. El Estado-Federación, estados, Ciudad de México y municipios- impartirá y garantizará la educación inicial, preescolar, primaria, secundaria, media superior y superior. La educación inicial, preescolar, primaria y secundaria, conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias, la educación superior lo será en términos de la fracción x del presente artículo. La educación inicial es un derecho de la niñez y será responsabilidad del Estado concientizar sobre su importancia [...] La educación se basará en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva. Tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto a todos los derechos, las libertades, la cultura de paz y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia; promoverá la honestidad, los valores y la mejora continua del proceso de enseñanza aprendizaje [...].

Párrafos adicionados DOF 15/05/2019

Los planes y programas de estudio tendrán *perspectiva de género y una orientación integral*, por lo que se incluirá el conocimiento de las *ciencias y humanidades*: la enseñanza de las matemáticas, la lectoescritura, la literacidad, la historia, la geografía, el civismo, *la filosofía, la tecnología*, la innovación, las lenguas indígenas de nuestro país, las lenguas extranjeras, la educación física, el deporte, las artes, en especial la música, *la promoción de*

estilos de vida saludables, la educación sexual y reproductiva y el cuidado al medio ambiente, entre otras.

II c. Contribuirá a la mejor *convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y respeto por la naturaleza, la diversidad cultural, la dignidad de la persona, la integridad de las familias, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos, evitando los privilegios de razas, de religión, de grupos, de sexos o de individuos.*

Numeral v. Toda persona tiene *derecho a gozar de los beneficios del desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica.* El Estado apoyará la investigación e innovación científica, humanística y tecnológica, y garantizará el acceso abierto a la información que derive de ella, para lo cual deberá proveer recursos y estímulos suficientes, conforme a las bases de coordinación, vinculación y participación que establezcan las leyes en la materia; además alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura.³

Si bien no se hace mención explícita al término bioética, muchos de los contenidos que contempla el artículo constitucional apelan a los temas nodales de esta área de conocimiento. Las temáticas destacadas en cursivas —relativas a la cultura de paz, la filosofía, los derechos humanos, la vida saludable, la educación sexual y reproductiva, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la perspectiva de género y el cuidado del medio ambiente— constituyen ejes fundamentales de la bioética. Abordarlas de manera superficial, sin considerar los vínculos interdisciplinarios que las articulan, puede generar problemáticas a corto, mediano y largo plazo, tales como la fragmentación social, la reproducción de prejuicios y la pérdida de oportunidades para formar personas críticas, incluyentes, tolerantes y abiertas al diálogo, en un contexto donde se promueva una auténtica cultura de derechos humanos.

Si se elaborara un listado de los temas imprescindibles en la bioética —y en la educación en México—, sin duda destacarían nociones como la dignidad, la autonomía, la vulnerabilidad, el empoderamiento en derechos humanos, la inclusión, la dicotomía vida-muerte, la otredad y el género, entre otras. Estos conceptos, además de ser fundamentales,

³ Cfr. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf> consultado el 2 de junio de 2024. Las cursivas son mías.

ocupan un lugar central en diversas agendas políticas y sociales tanto a nivel nacional como internacional. En este sentido, el marco normativo constitucional, que reconoce como un derecho la educación inclusiva basada en nuevos valores sociales, ofrece una sólida justificación para incorporar la enseñanza de la bioética en los distintos niveles educativos. Así, la bioética se configura como el espacio idóneo para materializar los valores, lineamientos y contenidos establecidos en el artículo tercero constitucional.

Es importante resaltar que la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, aprobada el 19 de octubre de 2005, contempla las siguientes nociones (que también se contemplan en el artículo tercero Constitucional): la dignidad humana y los derechos humanos, la autonomía y responsabilidad individual, la vulnerabilidad humana y la integridad de la persona, la igualdad, justicia y equidad, el respeto de la diversidad cultural y el pluralismo, la protección del medio ambiente, la biósfera y la biodiversidad, y los comités de ética, por mencionar algunos de sus valores y directrices. De este modo, en el ámbito internacional, el Estado mexicano, en su calidad de firmante de este documento, tiene la responsabilidad de adoptar, promover y difundir su cumplimiento, así como de garantizar que toda la población pueda salvaguardar, proteger y exigir el respeto a lo establecido en dicha Declaración.

Ahora bien, ¿cómo se han implementado estas temáticas en los distintos niveles educativos? En primer lugar, en el nivel básico (preescolar, primaria y secundaria), los nuevos planes de estudio ya no cuentan con materias únicas y específicas, sino que se contemplan siete ejes articuladores de conocimiento (pensamiento crítico, interculturalidad crítica, igualdad de género, inclusión, vida saludable, artes y experiencias estéticas y apropiación de las culturas a través de la lectura y la escritura) y cuatro campos formativos (lenguajes, saberes y pensamiento científico, ética, naturaleza y sociedad, y de lo humano a lo comunitario). Cada familia, escuela o docente podrá decir, desde su experiencia, la manera en que estos contenidos se han implementado, la efectividad que tuvieron dichos aprendizajes y la manera en que éstos contenidos se impartieron al estudiantado.

Cabe resaltar que el plan de estudios para educación preescolar, primaria y secundaria, propone programas sintéticos, que organizan

los contenidos que los estudiantes deben aprender, pero es necesario contextualizarlos para atender la diversidad intercultural y social en su acción pedagógica. En este sentido, las maestras y los maestros deciden qué y cómo enseñar, tomando en cuenta a la comunidad y sus saberes. El programa de estudios define los contenidos nacionales comunes (autonomía profesional para el magisterio), lo que permite comprender que, aunque sean los mismos planes de estudio, la manera en que se hayan impartido en cada una de las entidades federativas o en los distintos tipos de escuelas pueden ser experiencias diametralmente opuestas.

En cuanto al nivel medio superior, las Orientaciones del Marco Curricular Común de la Educación Media Superior (MCCEMS) contemplan entre sus áreas de conocimiento a las humanidades, ciencias sociales, ciencias naturales, experimentales y tecnológicas. Asimismo, entre los recursos sociocognitivos se enlistan la conciencia histórica, la cultura digital, el inglés, lengua y comunicación y pensamiento matemático. En lo que respecta a los ámbitos de formación socioemocional, se encuentran actividades artísticas y culturales, actividades físicas y deportivas, educación integral en sexualidad y género, educación para la salud, práctica y colaboración ciudadana. Si revisamos los planes de estudio que se han implementado a partir de los lineamientos de la NEM, es posible encontrar que, de manera teórica, muchos de los planteamientos que se vieron en el nivel básico deberían tener una continuidad y responder a los valores que se perfilan en el artículo tercero de la Constitución; sin embargo, cuando se ven los detalles de la implementación de dichos programas de estudio en las escuelas incorporadas a la SEP, uno se percata de algunos detalles sobre los que valdría la pena reflexionar. Algunos de estos hallazgos incluyen la desaparición de asignaturas filosóficas y su sustitución por materias de Humanidades I, II y III, cuyos contenidos son definidos por el claustro docente de cada institución y subsistema. Esta situación dificulta rastrear el nivel de profundidad con el que se abordan la ética, las humanidades e incluso ciertos temas de bioética en el aula, ya que, en virtud de la autonomía docente, cada subsistema implementa sus propios programas operativos en cada escuela.

Finalmente, en el nivel superior, diversas carreras han incorporado en su malla curricular asignaturas de bioética, como es el caso de las

licenciaturas en Enfermería, Psicología, Derecho, Biología, Medicina, Filosofía, Medicina Veterinaria y Zootecnia, así como Cirujano Dentista, entre otras. En estos programas, la inclusión de esta asignatura con carácter obligatorio proporciona a los estudiantes nuevas perspectivas y lineamientos acordes con las distintas áreas de acción de la bioética previamente descritas, así como conocimiento de las distintas orientaciones que han surgido en el ámbito de la bioética. Estos espacios suponen un ejercicio dialógico con otras áreas de conocimiento y disciplinas, lo que les permite incorporar otras perspectivas que difieren o se complementan con su formación universitaria.

Como podemos ver, la educación en bioética se lleva a cabo únicamente en el nivel superior. Si bien no se imparte en todas las carreras, la misma necesidad de retomar los lineamientos, principios y herramientas que ofrece la educación ha generado la creación de licenciaturas y posgrados con ésta orientación, y cada vez son más las carreras que incluyen en su malla curricular contenidos de ética en la investigación o bioética. El reto principal de una educación bioética se encuentra en los niveles básico y medio superior, no sólo porque aún no concluyen las adecuaciones a la NEM, sino también porque es necesario que estos contenidos sean conocidos por los diversos claustros docentes. Por ello, será indispensable llevar a cabo procesos de actualización y capacitación que eviten las malas prácticas de improvisar sobre la marcha un nuevo enfoque y metodología propios de un modelo educativo que no ha sido implementado con el tiempo y la dedicación que amerita. Considero que si la voluntad política y educativa de este gobierno y del que iniciará en unos meses tiene que ver realmente con la educación y formación de una ciudadanía crítica, incluyente, empoderada y preocupada por el medio ambiente y su entorno, inevitablemente debe trabajar en incorporar contenidos de bioética en todos los niveles educativos, así como también en los espacios no formales, lo cual ayudaría a que muchos de los objetivos expresados en el artículo tercero de la Constitución se conviertan en una realidad de los planes de estudio.

Referencias

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México: Cámara de Diputados; [citado 2024 jun 2]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/cpeum.pdf>
- Rivero Weber P. *Introducción a la bioética: desde una perspectiva filosófica*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2021.
- Sandoval Rodríguez J.J, Noriega López AE, coordinadores. *Manual Eduquemos para la paz en escuelas*. Ciudad de México: Secretaría de Educación Pública; 2023. Disponible en: <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2024/02/Manual-eduquemos-para-la-paz-en-las-escuelas.pdf>
- Secretaría de Educación Pública. Infografía. [Internet]. Ciudad de México: SEP; [citado 2024 may 30]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/image/file/743139/Plan_de_estudio-Infografia.jpg
- Secretaría de Educación Pública. *Plan de estudio para la educación preescolar, primaria y secundaria*. Ciudad de México: SEP; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/792397/plan_de_estudio_para_la_educacion_preescolar_primaria_secundaria_2022.pdf
- UNESCO. *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. París: UNESCO; 2005. [citado 2024 may 29]. Disponible en: <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf>
- Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1971.

3. La autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos



BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA*
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.03>

Resumen

Este capítulo analiza la autonomía progresiva como eje rector para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en México. Partiendo de un enfoque interdisciplinario que conjunta la antropología en salud, la bioética y el derecho, se profundiza en la brecha entre un marco normativo aparentemente robusto y las barreras persistentes en la práctica institucional y en las narrativas sociales.

A partir de una metodología de bioética inductiva y del análisis de narrativas derivadas de una investigación etnográfica, se identifican cuatro escenarios críticos para la reflexión y la acción: las uniones tempranas y forzadas; las limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto seguro; el abordaje del embarazo en menores de 15 años y su relación con la violencia sexual y de género; y la implementación deficiente de programas de Educación Integral en Sexualidad (EIS). Asimismo, se destaca la necesidad de desarticular las nociones tradicionales de minoría de edad mediante el concepto de evolución facultativa, que propone reconocer la capacidad de decisión de forma gradual y contextualizada, más allá del estatus jurídico de ciudadanía. Los hallazgos evidencian que el adultocentrismo y la estigmatización de la

* Doctora en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud. Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México. biancavescamilla@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0776-7442>

sexualidad en la adolescencia operan como formas de censura cultural que invisibilizan las violencias y dificultan el acceso a servicios de salud.

En conclusión, es imperante armonizar la legislación nacional con los estándares internacionales, además de garantizar su pertinencia a nivel nacional y atender a los retos específicos de los contextos locales en su diversidad. Este cambio estructural requiere de una transición hacia narrativas sociales que reconozcan a las adolescencias y juventudes como agentes titulares de derechos, capaces de gestionar su bienestar y dignidad bajo un esquema de acompañamiento institucional no coercitivo.

Palabras clave: *adolescencia, autonomía, derechos sexuales y reproductivos, política pública, normas jurídicas.*

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSyDR) como eje fundamental para el desarrollo, el bienestar y la salud integral de las personas dista de ser un hecho social o un logro consolidado a nivel jurídico, político y sociocultural. Las brechas que persisten para su plena garantía derivan de una sociedad estratificada (1) en donde las barreras se presentan de manera diferencial y desigual dependiendo de la presencia e intersección de múltiples determinantes sociales, como son el género, la edad, la pertenencia a un grupo étnico, la condición de salud o de discapacidad, la situación de ciudadanía y migración, entre otros (2).

Sin menoscabo de la complejidad que aporta el enfoque de interseccionalidad, este capítulo aborda de manera particular la interrelación del género y la edad que se traducen en un planteamiento específico: el acceso de las niñas y adolescentes al ejercicio y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos. Para ello, resulta fundamental partir de la comprensión y el posicionamiento del principio de la autonomía progresiva, un concepto relativamente reciente cuya definición comprehensiva requiere de una perspectiva histórica y sociocultural sobre la infancia y la adolescencia, un análisis crítico sobre su conceptualización e implicaciones en la sociedad, y de un enfoque interdisciplinario para su aplicación en el ámbito jurídico, institucional y comunitario.

Para ello, comenzaremos por explorar brevemente el marco conceptual de los derechos, la autonomía progresiva y la adolescencia, posteriormente,

abordaremos las bases jurídicas, normativas y de política pública vigentes en México y su concordancia con los referentes internacionales, como mecanismos para el reconocimiento de las infancias y adolescencias como agentes y portadores de derechos. También, analizaremos cuatro situaciones paradigmáticas desde una bioética inductiva que recurre a la argumentación basada en casos y narrativas para dar cuenta de las problemáticas específicas que la sociedad, el Estado y sus instituciones, requerimos atender para acortar esta brecha. A partir de ello, concluimos con algunas posibles rutas en materia legislativa, así como referentes a la prestación de servicios y la narrativa social que permita un mayor y mejor acercamiento a las necesidades de salud, educación y protección integral de las niñas y adolescentes.

Derechos y autonomía: enfoques diferenciados

De manera general y, particularmente para establecer un diálogo en torno a la autonomía progresiva y el reconocimiento de las infancias y adolescencias como personas titulares de derechos, es indispensable la separación conceptual y enunciativa entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, aun cuando en diversos documentos que serán referidos a lo largo del capítulo se utilice el término conjunto “derechos sexuales y reproductivos”. Esta distinción se encuentra fundada en las siguientes líneas argumentales:

- a) Argumento biopsicosocial: resalta la necesidad de estudiar la sexualidad como una serie de procesos que tienen lugar durante todo el ciclo vital de las personas, mientras que la función reproductiva corresponde a una etapa más acotada y con características específicas;
- b) Argumento demográfico-epidemiológico: en el enfoque actual, el abordaje de la sexualidad y la reproducción no solamente responde a un criterio poblacional y de desarrollo humano, sino a la garantía de derechos fundamentales de todas las personas;
- c) Argumento ético-político: responde al posicionamiento de los feminismos respecto de la separación de la sexualidad y la reproducción,

resaltando la importancia de atender al desarrollo, el bienestar y la salud sexual sin fines reproductivos, siendo esta una perspectiva básica para el abordaje de las infancias y adolescencias.

Partiendo de esta distinción, definiremos los derechos sexuales como derechos humanos que buscan proteger el nivel más alto de salud posible en el ejercicio de una sexualidad autónoma, libre de coerción, discriminación y violencia. Para lo cual, contemplan la educación sexual, el respeto a la integridad física y psicosocial, la libre elección de la pareja, las relaciones sexuales consensuadas, la orientación sexual y la identidad de género, conduciendo a un desarrollo psicosexual sano y a una vida sexual satisfactoria y placentera. Por otra parte, los derechos reproductivos son también derechos humanos que reconocen la autodeterminación reproductiva de todas las personas, incluyendo la decisión libre sobre tener o no descendencia, el espaciamiento de los nacimientos y disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a decidir sin sufrir discriminación, coacción o violencia (3).

La autonomía es un concepto filosófico y de la psicología evolutiva que hace referencia a la posibilidad de elección de las personas. Como principio bioético, alude a la facultad de decidir, sin coerción o coacción, sobre los propios intereses y se vincula al principio normativo en que los sujetos, mediante una decisión o elección libre, establecen una norma que consideran vinculante. Es decir, de acuerdo con el principio de autonomía, las normas no están determinadas por estándares dados, sino que dependen de los juicios y argumentos normativos individuales o colectivos, por lo que resulta un elemento crucial que habilita la diversidad, los derechos y la dignidad humana (4). La autonomía conlleva una evolución facultativa que se hace más evidente cuando se debate en torno a la personalidad jurídica de las niñas, niños y adolescentes, en donde las personas adultas y las instituciones tienen un rol necesario para orientar, respetar y contribuir a garantizar sus derechos, independientemente del conocimiento o la comprensión que la persona adolescente tenga de ellos. En cierta medida, la emergencia del carácter progresivo de la autonomía se vincula con la necesidad de reconocer la personalidad jurídica y de agencia de las personas que, por su edad, no tienen el estatuto de ciudadanía legal vinculado a la toma de decisiones en

los asuntos que les atañen. De modo que la autonomía progresiva puede definirse como:

El criterio a partir del cual se reconoce a las niñas, los niños y las y los adolescentes como sujetos de derecho independientemente de su edad. Se basa en el interés superior de la niñez y adolescencia, bajo el principio de la no discriminación. Reconoce la capacidad gradual y progresiva para la toma de decisiones y se vincula con el derecho al desarrollo y a la participación de estos grupos de edad en la toma de las decisiones que les afectan, estableciendo un piso mínimo de derechos que el Estado debe garantizar. El pleno reconocimiento de la autonomía progresiva implica la reconstrucción social, jurídica y normas para que los NNA tengan representación por encima de la protección y control de los tutores, madres y/o padres o el Estado. (5)

Esta breve clarificación de los enfoques sobre los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la autonomía responde a la necesidad de precisar los elementos clave que habiliten el reconocimiento de las personas adolescentes en este marco de derecho para profundizar en las necesidades y los mecanismos diferenciales que se requieren para su ejercicio y garantía. Para ello, también señalaremos algunos rasgos que definen a esta etapa del ciclo vital.

Los instrumentos legales reconocen como niños niñas y adolescentes a las personas menores de 18 años, sin embargo, las ciencias de la salud establecen la adolescencia entre los 10 y 19 años, pudiendo prolongarse. El inicio de la adolescencia está condicionado por procesos biológicos que marcan el tránsito de la infancia a la adolescencia, pasando por la pubertad, pero su terminación no ocurre del mismo modo, sino que sus características dependen del contexto. En este sentido, la adolescencia es una construcción sociocultural y situada que se vincula con la manera en que las sociedades establecen su organización y jerarquía. Más que una edad biológica, depende de ciertos rasgos, valores y roles que se la atribuyen a cada etapa del ciclo vital, los cuales se redefinen y reconfiguran constantemente (6) en función de los valores imperantes en una dimensión espacial, temporal, social, económica y política determinada. De manera que el criterio de edad para el establecimiento de la ciudadanía resulta insuficiente en la actualidad, en

un contexto de vulneraciones sistemáticas de los derechos de las infancias y adolescencias y de nuevas necesidades de inclusión y participación.

Bases para el reconocimiento jurídico de los DSyDR de las niñas y adolescentes

Desde la reforma de 2011, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 1° reconoce a la par los derechos humanos establecidos los tratados internacionales que México suscribe (7), dando lugar a una mayor visibilización e impacto de diversas declaraciones que han reconocido progresivamente los derechos de las infancias y adolescencias, así como la necesidad de estrategias diferenciales para su cuidado y atención en lo que respecta a la salud sexual, la salud reproductiva, la prevención y atención de la violencia y la igualdad de género. Al respecto, destacan las siguientes:

- a) Convención de los Derechos de la Niñez (1989)
- b) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer (CEDAW)
- c) Observación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- d) Observación General No. 15 del Comité de los Derechos del Niño.
- e) Recomendación Conjunta no. 31 del Comité sobre la Eliminación de la discriminación contra la mujer y no.18 del Comité de Derechos del Niño sobre prácticas nocivas (2014).

En el Artículo 4° se enuncia el interés superior de la niñez, que constituye un principio derivado de la Convención sobre los Derechos de la Niñez, cuya aplicación busca el respeto y la protección de la dignidad e integridad física y psicoemocional de niñas, niños y adolescentes. A partir de esta misma reforma, este principio daría lugar al desarrollo de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), publicada en 2014, en la cual se reconocen diversos principios rectores para el sustento y la aplicación de esta ley, entre los cuales se enlistan la autonomía progresiva, la inclusión, el interés superior de la niñez, la evolución facultativa, la participación, la no discriminación, entre otros (8).

En lo que respecta a la aplicación de estos principios rectores en el ámbito de la salud, la Ley General de Salud (LGS) reformó el Artículo 51 Bis 2 en el 2022 estableciendo que, para la atención de este grupo de edad, los prestadores de servicios de atención a la salud deberán “implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar” (9). Dentro de este marco general, también se reconoce el abordaje diferencial y enfático para atender a las infancias y adolescencias en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en la Ley General de Víctimas, dadas las condiciones específicas de vulnerabilidad que enfrentan.

En concordancia con estas dos leyes, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, estableció, en su actualización de 2016, la obligatoriedad de la prestación de servicios públicos de interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, estableciendo los 12 años como edad mínima para solicitar esta atención (10). Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, incluye, en el apéndice C normativo, el formato para recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva en este grupo etario sin acompañamiento (11), lo que representa un avance mínimo en materia de autonomía progresiva, el cual tendría que extenderse a la atención integral de la salud sexual y reproductiva como servicio esencial y diferenciado para niños, niñas y adolescentes.

En el ámbito de la política pública, el Estado mexicano cuenta con diversos instrumentos vigentes para atender a las necesidades y los intereses en materia de derechos sexuales y reproductivos de este sector de la población, quedando explícitos en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), el Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes (PRONAPINNA) y el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD). También destacan estrategias y modelos de atención como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), vigente desde 2015, la Ruta para la atención y protección integral de niñas y adolescentes madres y/o embarazadas menores de 15 años (Ruta NAME), el Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) y la Cartilla de Derechos Sexuales de adolescentes

y jóvenes. Todas estas cuentan con reconocimiento oficial y han resultado de procesos participativos intersectoriales con una fuerte incidencia de la sociedad civil organizada.

Aun con este marco jurídico y normativo aparentemente robusto, el panorama epidemiológico, sociodemográfico y los indicadores de bienestar y desarrollo, evidencian relevantes áreas de oportunidad y necesidades de fortalecimiento en su implementación, así como en la interacción de las instituciones y personas servidoras públicas con este grupo de edad y en las narrativas sociales imperantes respecto a los roles y el posicionamiento de las infancias y las adolescencias en la sociedad. Para profundizar en este panorama, abordaremos situaciones y casos específicos, acompañados de testimonios de mujeres adolescentes que permitirán identificar con mayor precisión la agenda pendiente en la problemática que nos ocupa.

Casos y contradicciones: reflexionar desde la bioética

Para una reflexión sistemática acerca de las complejas interacciones entre el conocimiento, el desarrollo tecnológico, la salud y la vida, tendientes a mejorar el bienestar de los seres humanos, de otros seres vivos y de su entorno, así como las relaciones sociales y humano-ambientales, la bioética propone ciertas metodologías para la argumentación que se han clasificado en deductivas e inductivas. El método deductivo está dado por el principialismo, basado en la ponderación no jerarquizada y la aplicación de los principios acuñados y descritos por Beauchamp y Childress desde 1979, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (12). Por otra parte, el método inductivo habilita el diálogo y el discernimiento a partir de los escenarios reales o cotidianos para lo cual propone como estrategias la casuística, el narrativismo, el pragmatismo y la crítica feminista (13).

Al respecto de la autonomía progresiva en el proceso de garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la ética principialista provee importantes elementos, como el mismo principio de autonomía, el cual ha sido puesto a prueba en el debate en torno a las infancias y adolescencias como sujetos de este marco de derechos y de su capacidad para ejercerlos en función de sus intereses, es decir, en lo que respecta a su salud y su bienestar. Por ello, los

métodos inductivos resultan una perspectiva fundamental para identificar las problemáticas, las determinantes socioculturales y las posibles vías de resolución que la bioética, el derecho y las ciencias sociales pueden aportar.

En este sentido, propongo explorar cuatro fenómenos o situaciones que dan cuenta de las brechas que enfrentan las adolescentes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos: 1) las uniones tempranas y forzadas; 2) las barreras en el acceso a servicios de salud sexual; 3) el abordaje de la violencia sexual y el embarazo en adolescentes menores de 15 años; y 4) la falta de políticas y programas transversales en educación integral en sexualidad. Cada una de estas problemáticas se desarrollarán en función de su magnitud e impacto, las omisiones al marco jurídico y de derechos que representan, y se ejemplificarán mediante casos y narrativas que provienen de mi investigación doctoral realizada entre 2017 y 2019, inscrita en el campo de las ciencias sociomédicas con un enfoque de antropología en salud (14).

1. El matrimonio en personas menores de 18 años se prohibió en las leyes mexicanas, pero carecemos de mecanismos de prevención, atención y protección de las adolescentes unidas.

Hasta mediados de 2019, en México se permitía el matrimonio a partir de los 16 años para los hombres y de los 14 años para las mujeres y existía la posibilidad de que las autoridades locales o familiares directos concedieran dispensas o consentimiento para contraer matrimonio antes de la mayoría de edad. En junio de 2019 se consolidan una serie de reformas al Artículo 148 del Código Civil Federal, estableciendo los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio y deroga las dispensas y excepciones (15), detallando las condiciones en la LGDNNA.

Estas reformas representaron una reducción importante de las uniones tempranas, pues, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), 20.7% de las mujeres de 20 a 24 años, en unión conyugal o alguna vez unidas, tuvieron su primera unión antes de cumplir los 18 años y 3.6% antes de cumplir 15 años. Posterior a las reformas, el Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) registró 224 454 adolescentes de 12 a 17 años en una situación conyugal de unión (casadas o en unión libre) y 21 167 con antecedente de unión. A pesar de las modificaciones en el marco

jurídico federal, cuatro de cada 100 adolescentes en el país está o ha estado en unión conyugal (16), siendo tres veces más frecuente esta situación en mujeres que en hombres. Dichas uniones se asocian al abandono escolar, la pobreza, la marginación y múltiples formas de violencia.

Como ejemplo, recurriremos al caso de Diana¹, una adolescente de 13 años que recibía servicios de atención prenatal en un hospital público de la Ciudad de México. A cada consulta acudía solamente acompañada por su pareja de 23 años, con quien vivía en unión libre. En su historia clínica se identifican antecedentes de violencia intrafamiliar ejercida por parte de su padrastro, quien era alcohólico y violentaba físicamente a su madre, a Diana y a sus hermanos menores, por lo que ella abandona la escuela primaria y se muda a vivir con el hombre a quien llama “su esposo”. A falta de otra persona adulta, él había firmado como familiar responsable para que fuera atendida. Tuvo un seguimiento estrecho y el personal de salud preguntaba frecuentemente por sus hábitos de alimentación: “¿Desayunaste? (ella niega con la cabeza). ¿Cenaste? (niega, nuevamente) “¿Ah no! Ya me acordé, sí cené un bistec”. Era evidente que ella mentía, y que no sólo tenía una mala nutrición, sino un acceso limitado a alimentos, por lo que el médico le pide que llame a su acompañante: “*Diana ha tenido el azúcar alta, lo cual no significa que debe dejar de comer, sino que tiene que comer bien, ¿tú puedes encargarte de ella y de que coma suficiente?*”. Él asiente y responde que sí, pero parece bajar más la cabeza con vergüenza.

Como podemos observar, las uniones tempranas forman parte de un *continuum* de violencia y precarización en el que se encuentran inmersas las niñas y adolescentes, dando lugar a una suma de riesgos y a crecientes condiciones de vulnerabilidad que impactan en todos los ámbitos de su vida; la salud, la sexualidad y el inicio temprano de su trayectoria reproductiva. Además, las estadísticas sostienen que, como en este caso, las uniones tempranas consisten en relaciones asimétricas con personas mayores de edad, quienes pueden llegar a fungir como un sostén económico y social. Sin embargo, la prohibición del matrimonio también anuló la posibilidad de que las mujeres unidas accedan a derechos o esquemas de protección social, económica y de salud, al carecer del instrumento legal. De modo que, además de no conducir a la evitabilidad del fenómeno, se convirtió en un

¹ Se emplean los pseudónimos con los que se salvaguardó la confidencialidad y anonimato de las participantes y colaboradoras durante la investigación.

eslabón adicional que incrementa la desigualdad de las adolescentes en estas situaciones extremas de vulneración sistemática de sus derechos.

2. Las adolescentes acceden a atención prenatal sin acompañamiento, pero encuentran barreras para acceder a servicios de salud sexual, como la aplicación de métodos anticonceptivos o un aborto seguro.

Como señala el apartado anterior, el formato de asentimiento incluido en la NOM-047-SSA2-2015 indica la posibilidad de recibir consejería en salud sexual y reproductiva sin la autorización de familiares o personas tutoras. No obstante, la demanda de atención por parte de adolescentes es una realidad cotidiana en los servicios de salud. En este contexto, algunas atenciones son otorgadas en los denominados Servicios Amigables para Adolescentes, que se encuentran en poco más de 3 000 centros de salud u hospitales de la Secretaría de Salud en las entidades federativas. Dichos centros se enfocan en dar consejería y la dotación de métodos anticonceptivos, de prevención y de detección de infecciones de transmisión sexual, atención psicológica y orientación en salud sexual (17).

Por otra parte, existen solicitudes de atención a las que las adolescentes acceden aun sin la firma del consentimiento por parte de una persona mayor de edad en virtud del principio de beneficencia y considerando los riesgos que puede representar la demora o negación del servicio, por ejemplo, en el caso de la atención del embarazo, parto o de una emergencia obstétrica. Sin embargo, existen otros motivos de demanda de servicios en donde encuentran múltiples barreras, como en la atención del aborto seguro o en casos de violación sexual, en donde la interrupción se considera una urgencia por ser tiempo-dependiente, o bien, al solicitar la colocación de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración como el dispositivo intrauterino o el implante subdérmico fuera de los servicios diferenciados antes descritos.

Para dar cuenta de esta problemática, resulta de interés el caso de Ilse, quien es originaria de Chilapa, Guerrero. Ella estaba estudiando segundo año de secundaria y tenía un año de noviazgo con un joven cuatro años mayor, que considera como su primera pareja formal y fue su primera pareja sexual. Cuando Ilse cumplió 15 años, hablaron de “casarse”: *“Lo pensamos, pero*

nos arrepentimos, mejor seguimos de novios y luego un día nos fuimos nada más así, a Zihuatanejo para trabajar allá, pero no nos acomodamos, entonces fue que los familiares de mi esposo le dijeron que le ayudaban a encontrar trabajo acá en (Ciudad de) México”. Ya independizados, habían hablado de tener hijos, pero no pensaban que fuera tan pronto, utilizaban preservativos como método y, unas cuantas semanas después, Ilse notó el retraso de su periodo que le anunciaba el embarazo. Después del nacimiento de su hija, Ilse tardó cinco meses en lograr una consulta en el servicio de anticoncepción y planificación familiar, y recordaba que, cuando había acudido antes del embarazo, le habían sugerido solamente el uso de preservativos, pues, en ese momento “no contaban con alternativas adecuadas para su edad”.

Esta narrativa nos permite deducir que cuando Ilse acudió al hospital para atención prenatal, una vez que había confirmado el embarazo, no contaba con familiares directos cercanos que pudieran firmar el consentimiento, sin embargo, recibió la atención necesaria y cuando hubo que realizar los trámites para el ingreso a la sala de labor, se autorizó la firma del progenitor como familiar responsable, pues contaba con la mayoría de edad. También es evidente la secuencia de oportunidades perdidas en la prevención y las omisiones al marco de derechos y de salud sexual y reproductiva que pudieron haberse subsanado mediante una atención adecuada que responda no solamente a la edad, sino a las necesidades diferenciales de las adolescentes de acuerdo con su trayectoria de vida.

Indiscutiblemente, este ejemplo no se trata de un caso aislado. De acuerdo con datos abiertos de la Secretaría de Salud, al cierre de 2023 se registraron un total de 1 519 738 nacimientos en el país, de los cuales 227 644 corresponden a adolescentes de 15 a 19 años y 8 429 en el grupo de edad de 10 a 14 que, en conjunto, equivalen al 15% del total (18). Aunque se han desarrollado intervenciones específicas, como la ENAPEA o la Ruta NAME, las cifras han presentado una mínima disminución para el grupo de 15 a 19 años, mientras que la proporción de los nacimientos de adolescentes menores de 15 años se ha mantenido prácticamente sin modificaciones en el último quinquenio. La mayoría de los embarazos en este grupo de edad no son intencionales, ya que se asocian a la falta de información adecuada, la asimetría en las relaciones de noviazgo o de pares, la falta de empoderamiento de niñas y adolescentes en el ejercicio de la sexualidad, prácticas coercitivas, abuso o violencia sexual.

En síntesis, merece la pena enfatizar que los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños y adolescentes no se limitan a la provisión de información o de consejería, sino que implican la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como la atención integral que incluye detección, diagnóstico, tratamiento y, en su caso, rehabilitación. Para ello, es fundamental el reconocimiento explícito de las infancias y adolescencias como personas usuarias de los servicios, con necesidades diversas de acuerdo con su condición de salud y determinantes sociales, con sus experiencias y trayectorias de vida, así como de su contexto familiar y sociocultural.

3. Los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años (o incluso en niñas de ocho o nueve años) son formas de violencia sexual, frecuentemente asociados a otras formas de violencia intrafamiliar y de género.

Esta situación requiere una revisión particular dada su asociación con múltiples determinantes sociales y estructurales, por lo que se necesitan estrategias diferenciales y una imperante participación intersectorial. Actualmente, existe un mayor consenso de la asociación entre el embarazo en este grupo de edad y la violencia sexual, pues no suele tratarse de un acto deliberado sino que es consecuencia de relaciones de poder asimétricas, del menoscabo de sus facultades para decidir, de la marginación y la pobreza, así como de prácticas nocivas como las uniones a temprana edad (19).

Aun cuando guarda relación con los casos anteriores, precisaremos algunas singularidades a través del siguiente caso: Alicia, de 12 años, llegó por primera vez a la consulta de atención prenatal con 10 semanas de embarazo, acompañada por su madre. A pesar de su edad y de la edad gestacional, no se indagó en las condiciones que condujeron al embarazo, en la detección de violencia o violación sexual, así como en la alternativa de un aborto seguro, el cual es legal en la Ciudad de México. En la siguiente consulta, a las 17 semanas de gestación, se diagnostica una infección de transmisión sexual, por lo que recibió tratamiento y fue referida a los servicios auxiliares de psicología y trabajo social para explorar antecedentes de violación o abuso, pero no se obtuvo información adicional. En adelante, su proceso de atención se enfocó en el riesgo obstétrico que conllevaba el embarazo, el cual concluyó a las 35 semanas con una cesárea de emergencia debido a

preeclampsia. Fuera del alcance de los servicios de salud, la mamá de Alicia se hacía cargo del cuidado de su hija y de otros dos hijos adolescentes, uno que padecía una cardiopatía congénita, así como del cuidado y sostén del recién nacido: *“por más que le digo a Alicia que tiene que hacerse cargo, ella no sabe o no quiere, no le da de comer, no lo vigila, lo deja ahí y se va de la casa”*.

En este caso, la omisión de intervenciones, como la derivación a servicios especializados para la atención de la violencia y el acceso a un aborto seguro, pudo haber contribuido a mitigar los riesgos y las afectaciones a la salud física, mental y social que se presentaron tras el primer contacto con los servicios de salud. Se ha documentado ampliamente el impacto desproporcionado de un embarazo forzado en la salud, la integridad personal y la vida privada, así como sus repercusiones en la salud mental, ocasionando aislamiento social, riesgo de lesión o suicidio. Debido a esto, la CEDAW señala su equivalencia a tortura o trato cruel, inhumano y degradante (20).

En correspondencia, algunos instrumentos de la política de salud vigente, como el Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, instan a considerar el embarazo en personas menores de 15 años como de alto riesgo, que requiere de la detección de violencia y/o abuso sexual, además de otorgar la atención conforme a la NOM-046-SSA2-2005. Asimismo, se reconoce que, ante las barreras de acceso a servicios públicos, el embarazo en la adolescencia se asocia a una alta prevalencia de aborto inseguro, por lo que resulta obligatorio brindar el servicio de aborto seguro a las niñas y adolescentes que lo soliciten o requieran, sustentados en el interés superior de la infancia y la adolescencia, el principio de buena fe y la autonomía progresiva, así como el reconocimiento de sus capacidades evolutivas (3).

Esta narrativa ejemplifica diversas violencias generadas por la violación sistemática de derechos y la falta de mecanismos institucionales para su protección, más allá del ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, el derecho a la integridad, a la salud, a la información, a la autonomía y al acceso a la justicia. Además, se tornan evidentes los procesos de invisibilización, silenciamiento y censura cultural (21) que operan tanto en la comunidad como en las instituciones, contribuyendo a mantener la distribución desigual del poder y la exclusión social.

4. La falta de implementación de políticas y programas de educación integral en sexualidad se asocia con una demanda tardía de servicios de salud y de protección integral, y con una menor posibilidad de toma de decisiones en la adolescencia.

En México, la nueva Ley General de Educación (LGE), publicada en 2019, incluye la educación sexual integral y reproductiva en los planes y programas de estudio de la educación que imparten el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares, con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios (22). Sin embargo, el monitoreo realizado por organizaciones de sociedad civil muestra que el porcentaje de escuelas en las que se imparte EIS oscila entre el 40 y el 69% de nivel secundaria y señalan la falta de indicadores para el monitoreo y la evaluación de estos contenidos, así como de su inclusión transversal en los programas educativos de educación básica (23).

De acuerdo con la organización de Naciones Unidas, la educación integral en sexualidad (EIS) se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje que involucra los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, cuyo objetivo es preparar progresivamente a los niños, niñas y adolescentes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas, identificar cómo sus decisiones afectan su bienestar y el de los demás, así como conocer sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos, en aras de su salud, su bienestar y su dignidad (24). Así, constituye una intervención fundamental para promover los derechos y prevenir la violencia, en tanto que (25):

- a) favorece la comunicación, el diálogo y los vínculos libres de violencia;
- b) contribuye a transformar normas de género;
- c) fortalece las competencias para la detección de la violencia;
- d) facilita la implementación de rutas de atención y protección;
- e) permite avanzar en la igualdad de género; y
- f) mejora la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital.

Ejemplificaremos las posibilidades de impacto positivo de la educación integral en sexualidad a partir del caso de Adriana, una adolescente de 14

años que llega a un hospital materno-infantil referida por una clínica especializada en atención de violencia sexual, señalando que “*no era candidata a ILE por semanas de gestación*”. En la consulta prenatal comenta que ella no intervino en la denuncia de violencia ni tenía la intención de interrumpir el embarazo, sino que había ocurrido bajo la tutela de su madre. Adriana había mantenido un noviazgo con un hombre de 25 años, sobre el cual nunca comentó nada con su familia ni con sus pares, pues se veían poco y sólo cuando lograba salir con algún pretexto una vez que terminaba las labores de la escuela y del hogar. Desde su perspectiva, el embarazo había sido un “descuido” y ella estaba dispuesta a aceptar las consecuencias, aunque buscaba contar con el apoyo familiar para poder seguir estudiando hasta terminar una carrera, pues siempre había sido una alumna responsable y con buenas calificaciones. Incluso asistió a la escuela secundaria hasta que le dijeron que “*era preferible que fuera una vez a la semana por las tareas para evitar cualquier problema con el embarazo, que ya era notorio*”.

La realidad de la mayoría de las adolescentes en México se caracteriza por la falta de información adecuada sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos, en donde la maternidad sigue siendo asociada con un mayor estatus o protección social dentro del núcleo familiar y comunitario, mientras que el ejercicio de la sexualidad es estigmatizado, desvinculando toda noción de placer, autodescubrimiento y relaciones afectivas entre las y los adolescentes. En este caso, Adriana contaba con una red familiar y un entorno escolar, pero ninguno de los dos ámbitos pudo proveerle herramientas para tomar decisiones sobre sus vínculos, las implicaciones de la asimetría de edad, el ocultamiento de la relación, el inicio de la vida sexual, la prevención de un embarazo no intencional, la violencia sexual y de género, e incluso la violencia institucional y discriminación que enfrentó en la escuela, en el sistema judicial y en el sistema de salud.

Por ello, la EIS es una de las estrategias institucionales tendientes a mitigar el impacto de las violencias estructurales en el corto y mediano plazo, así como favorecer una narrativa de inclusión y participación de las infancias y adolescencias en su desarrollo psicosexual y en las decisiones en torno a su salud y bienestar. Así, ésta estrategia puede conducir a un cambio social de fondo en temas estrechamente relacionados como la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva, la prevención de la violencia y el ejercicio de los derechos humanos.

Consideraciones finales: la agenda pendiente en México

La casuística resalta el valor del estudio de los fenómenos singulares para identificar rasgos, argumentos, analogías y circunstancias que nos permitan una mayor comprensión de los paradigmas imperantes y un acercamiento empírico a los problemas sociales. Al respecto de las situaciones expuestas, merece la pena reflexionar sobre su complejidad e interrelación, enfatizando cuán amplio puede ser el estudio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes. También dan cuenta de que el principio de autonomía progresiva se extiende a otras necesidades de salud y de diferentes ámbitos involucrados en la garantía de los derechos humanos, como son los sistemas de educación, de justicia, de cuidados y de protección integral.

Uno de los planteamientos a considerar como meta en materia de autonomía progresiva y derechos sexuales y reproductivos de las infancias y las adolescencias se encuentra señalada en el artículo 24 de la Observación general número 15, sobre el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud que data de 2013:

De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños (y niñas) deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodio legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunde en el interés superior del niño. [...] Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad. (26)

Podemos concluir que las mayores barreras se encuentran en la implementación transversal de los marcos jurídicos, normativos y de política pública –y no tanto en la ausencia de estos–, así como en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Para ello, se requiere de la actualización y armonización de los instrumentos jurídicos pertinentes, como son la LGDNNA, la LGS y la LGE, cuya aplicación se acompañe de

procedimientos y protocolos específicos en lo que respecta a los procesos de consentimiento informado con niñas, niños y adolescentes para acceder a servicios de información, consejería y atención integral, privilegiando sus intereses y necesidades para garantizar o restituir sus derechos.

Estos planteamientos conceptuales deben corresponderse con las adecuaciones, la mejora continua y la incorporación de ajustes razonables en la provisión de servicios, por ejemplo, el establecimiento de horarios de servicio pertinentes, la instauración de mecanismos participativos en el diagnóstico, el monitoreo y la evaluación de las políticas y servicios, impulsar acciones territoriales (dentro y fuera de las instituciones), favorecer la capacitación de las personas funcionarias en las instituciones de las y los profesionales de los diferentes sectores.

Por último, es indispensable que estos cambios sean reforzados por narrativas sociales que abandonen la estigmatización y exclusión de las y los adolescents, que estén menos vinculadas al adultocentrismo, dando lugar al liderazgo de las personas jóvenes. Asimismo, es fundamental el reconocimiento pleno de la autonomía basada en la capacidad progresiva y gradual en que se desarrollan las aptitudes cognitivas, volitivas y afectivas que permiten a las personas conocer, valorar y gestionar la información sobre una determinada situación (27), asociadas con su contexto y la singularidad de sus experiencias. En este escenario, destaca el rol de acompañamiento y sostén que corresponde a la red social y a las instituciones como garantes de los derechos y no como un obstáculo más en el desarrollo de sus capacidades y libre personalidad, pudiendo alcanzar el más alto nivel de salud posible y de ejercicio de sus derechos.

Referencias

1. Dueck C, Inda G. La teoría de la estratificación social de Weber: un análisis crítico. *Revista Austral de Ciencias Sociales*. 2006;11:5-24.
2. Colen S. Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R, editors. *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. EUA: University of California Press; 1995. pp. 75-102.

3. Secretaría de Salud. *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2022.
4. Sieckmann JR. El concepto de autonomía. *Doxa, Cuadernos de Filosofía del Derecho*. 2008;31:465-484.
5. Berdichevsky K. *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*. México: Senado de la República LXV Legislatura; 2024.
6. Téllez Infante A. El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género. *Interacções*. 2013; 25:52-73.
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
8. Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
9. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México: *Diario Oficial de la Federación*; 2016.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. México: *Diario Oficial de la Federación*; 2015.
12. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 1979/2012.
13. Hincapié J, Medina-Arellano MJ. *Bioética: teorías y principios. Enseñanza transversal en bioética y bioderecho: cuadernos digitales de casos*. México: UNAM / Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2019.
14. Vargas Escamilla B. *Ahora, ya no se trata de ti. Cuidado y atención del proceso reproductivo en la adolescencia. Una etnografía hospitalaria*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022.
15. Secretaría de Gobernación. Boletín No. 133/2019: Entran en vigor las reformas al Código Civil Federal que prohíben el matrimonio infantil y adolescente; 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/entran-en-vigor-las-reformas-al-codigo-civil-federal-que-prohiben-el-matrimonio-infantil-y-adolescente>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de prensa 186/22: Estadísticas a propósito del día internacional de la niña; 2022. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/eap_DiaNina22.pdf
17. Secretaría de Salud. *Servicios Amigables para Adolescentes*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegrs/articulos/servicios-amigables>
18. Secretaría de Salud. *Sistema de Información de la Secretaría de Salud: Nacimientos. Datos Abiertos*. México: Dirección General de Información en Salud; 2024. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/dgis/>
19. Ipas. *Violencia sexual y embarazo infantil en México*. México: Ipas; 2018.
20. Organización de Estados Americanos. *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará*. Washington, D.C.: OAS; 2016.

21. Sheriff R. Exposing Silence as Cultural Censorship: A Brazilian Case. *American Anthropologist*. 2000;102(1):114-132.
22. Ley General de Educación. *Diario Oficial de la Federación*; 2024.
23. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir. *EIS en México. Alternativas para su avance*. México: ILSB; 2022.
24. ONU-Mujeres, UNICEF. *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia*; 2018.
25. UNFPA-LACRO, FLACSO. *La educación integral de la sexualidad: un camino para promover los derechos, la salud y la prevención de la violencia basada en género en América Latina y el Caribe*; 2022.
26. Organización de las Naciones Unidas. *Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Comité de Derechos del Niño; 2013.
27. Cancino ME, Gascón A, Góngora JJ, Medina MJ. *Consentimiento informado. Enseñanza transversal en bioética y bioderecho*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2019.

4. Necesidad de la patología y medicina bucal en el sistema nacional de salud



IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA*

UAM XOCHIMILCO

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.04>

Resumen

La patología y la medicina bucal son especialidades situadas en la intersección entre la medicina y la odontología, encargadas del diagnóstico y manejo de enfermedades de la región bucomaxilofacial, que afectan a cerca de la mitad de la población mundial y generan importantes repercusiones funcionales, económicas y psicosociales. Entre ellas, el cáncer bucal destaca por su alta morbilidad y mortalidad, así como por sus complicaciones, particularmente aquellas derivadas de los tratamientos oncológicos que pueden comprometer la continuidad terapéutica. Su relevancia se evidenció aún más durante la pandemia por Covid-19, cuando el diagnóstico bucomaxilofacial adquirió un papel clave en la evaluación de pacientes sistémicamente comprometidos, especialmente en entornos hospitalarios y de cuidados intensivos.

No obstante, en México estas especialidades permanecen marginadas del sistema nacional de salud, lo que contribuye a la detección tardía de enfermedades. A pesar de contar con especialistas altamente capacitados, no existe una agenda pública que permita su adecuada integración, desaprovechando su potencial para mejorar la calidad, oportunidad y eficiencia de la atención, así como su participación en equipos multidisciplinarios.

* Doctora en Ciencias Biológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora investigadora titular "C" de tiempo completo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8881-867X>

A ello se suma la debilidad de los sistemas de información: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) presenta un subregistro significativo de enfermedades distintas a la caries y la enfermedad periodontal, además de emplear categorías diagnósticas imprecisas, lo que perpetúa su invisibilidad en la agenda pública y genera importantes implicaciones sanitarias.

Palabras clave: *patología y medicina bucal, Sistema Nacional de Salud, cáncer bucal, vigilancia epidemiológica, políticas de salud bucal.*

La patología y medicina bucal, o patología bucomaxilofacial, es una especialidad odontológica ubicada en la interfaz entre la medicina y la odontología, que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (no dentales) que afectan la región oral y maxilofacial. La medicina bucal en particular, se encarga del diagnóstico y la atención no quirúrgica de personas con afecciones en la región orofacial, que pueden ser locales o relacionadas con enfermedades sistémicas. Dentro de sus alcances se incluyen también las disfunciones de las glándulas salivales, las manifestaciones bucales de enfermedades dermatológicas y/o sistémicas, las alteraciones de la sensación bucal y el dolor orofacial. Asimismo, interactúa con diversos especialistas para el manejo de pacientes con condiciones médicas que requieren atención multidisciplinaria (1,2).

Por su parte, la patología bucal es la especialidad fundamentada en la anatomía patológica, que se encarga del estudio microscópico de las enfermedades que se desarrollan y manifiestan en la región bucal y maxilofacial (1,2). Si bien la anatomopatología incluye las enfermedades de la región de cabeza y cuello, debido a su especificidad, es la patología bucal la especialidad indicada para ofrecer el diagnóstico preciso. Lamentablemente, en nuestro país, los programas de estudios de las licenciaturas en medicina no incluyen contenidos teórico sobre patología y medicina bucal. En estomatología, si bien el 77% los contemplan en su currículo, solo el 41% profundizan en el estudio de las LPM y el cáncer bucal (3).

En México, los programas de posgrado en patología y medicina bucal son ofrecidos en forma separada y conjunta por distintas universidades. La Universidad Nacional Autónoma de México ofrece la especialidad en

Patología Bucal en la Ciudad de México, y la especialización en Patología Oral y Maxilofacial en la ENES-León. Por su parte, la especialidad en Patología y Medicina Bucal se ofrece en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. La Maestría en Patología y Medicina Bucal en la Universidad de Guadalajara, y en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, con 43 años de experiencia. El comportamiento estadístico del Posgrado en Patología y Medicina Bucal de la UAM-X muestra que, desde 1983, se han graduado 31 generaciones de especialistas en patología y medicina bucal, lo que corresponde a 198 personas egresadas, quienes se encuentran distribuidos en todos los estados de la República Mexicana, y algunos países de Latinoamérica.

La Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, Colegio A. C., fundada en 2011, es una asociación civil de especialistas sin fines de lucro que persigue fines académicos, de actualización profesional, de divulgación de la especialidad y representación de sus agremiados. Por su parte, el Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal tiene como objetivo principal elevar los estándares de calidad y la actualización de los especialistas en éstas disciplinas. El directorio en línea permite identificar la presencia de especialistas en patología y medicina bucal en las distintas regiones de nuestro país (4).

Si bien a nivel mundial la patología bucal y maxilofacial es pieza clave en el diagnóstico histopatológico de lesiones de cabeza y cuello, en la mayoría de los países, incluyendo México, las muestras de tejidos bucales son analizadas por servicios públicos o privados de patología general, cuyos equipos no cuentan con especialistas en patología bucal, quienes son las personas más preparadas para el diagnóstico de estas enfermedades.

Un estudio reciente realizado en Brasil, país con una gran tradición en patología bucomaxilofacial, muestra que aproximadamente el 70% de los patólogos generales no refieren ni consultan a una persona especialista en patología bucal debido a que no conocen a ninguna, o a que tienen diversas dificultades para el envío de las muestras, con el consecuente error diagnóstico potencial (5).

El examen bucal es un método sencillo, económico, no invasivo y de fácil realización, que permite la identificación temprana de lesiones y enfermedades bucales. Además, cuando es realizado por especialistas y apoyado por auxiliares diagnósticos como la biopsia, la citología exfoliativa, los sistemas

de detección óptica, la nanotecnología de detección, los sistemas de microfluidos y el uso de la inteligencia artificial, se considera el estándar de oro para el diagnóstico de trastornos potencialmente malignos bucales (TPM) y el cáncer bucal (6).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud bucal, parte integral de la salud general, es el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permiten a las personas realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar. Además, abarca dimensiones psicosociales, como la autoconfianza, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, malestar ni vergüenza (7). El enfoque de salud bucal busca que los servicios sean de calidad y contribuyan a la conservación de la salud y el bienestar general de las personas, permitiéndoles un completo desarrollo biológico, psicológico, social y económico (8). La experiencia del dolor, las dificultades para comer, sonreír y comunicarse tiene un impacto importante en la vida cotidiana y el bienestar de las personas. Las enfermedades bucales pueden restringir las actividades en la escuela, el trabajo y el hogar, causando millones de horas escolares y laborales que se pierden cada año en todo el mundo (9).

Si bien el derecho a la salud es un derecho humano fundamental protegido en el derecho internacional por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (10), también es un concepto complejo que implica consideraciones normativas, filosóficas y prácticas, por lo que no está exento de límites, dictados por los recursos disponibles y las prioridades locales (8). La marginación de la salud bucal en las políticas de salud, y su ausencia en las políticas sanitarias generales, puede tener su origen en la falta de promoción de la importancia de la salud bucal dentro de los planes de estudio médicos. Esta situación se perpetúa debido a la incapacidad de la profesión dental para abrirse camino hacia las esferas de influencia que determinan la dirección de las políticas de salud (8).

Salud bucodental en México

En México, la salud bucodental se contempla en la fracción IV Bis 3 de la Ley General de Salud (11), fracción adicionada en el Diario Oficial de la Federación DOF-28-11-2016, 33 años después de la publicación de esta

ley, en 1993. Además de las tres enfermedades bucales principales (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones), muchas otras enfermedades y condiciones son relevantes para la salud bucal, dentro de las que se incluyen las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas (infecciosas, alérgicas, inmunológicas, metabólicas y tumorales). En específico, la presencia de neoplasias específicas de la región de cabeza y cuello, como los tumores odontogénicos de los maxilares, y las neoplasias de glándulas salivales, no son reconocidas en las estimaciones globales de carga de enfermedad bucal de la OMS o de México (7).

En 2004, la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE), implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), con el objetivo de obtener conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población mexicana urbana y rural, para ser utilizado en la planeación, investigación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales.

El SIVEPAB es un esfuerzo conjunto del Grupo Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, en el que participa la Secretaría de Salud, el IMSS-Bienestar, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Universidad de Guadalajara, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y los Servicios de Salud Estatales, con la coordinación de la Dirección General Adjunta de Epidemiología y el Programa de Salud Bucal, pertenecientes a la Secretaría de Salud (12).

El SIVEPAB se basa en un modelo de vigilancia integrado por tres fases: la primera, la permanente, en la que se obtiene información de la salud bucal de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica en los servicios de primer nivel del Sector Salud. La segunda, la encuesta, en la que se obtiene información a través de encuestas realizadas a una muestra representativa de la población a través de un muestreo probabilístico; y la tercera, de investigaciones especiales, que depende de los problemas detectados en las fases anteriores (6). Sin embargo, los informes anuales de

2009 a 2021, disponibles en la página web del Gobierno de México (<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>), muestran una ausencia importante en la recolección de datos referentes a las patologías bucales que no son caries, enfermedad periodontal o maloclusiones.

En el año 2021, último informe del SIVEPAB del que tenemos conocimiento, se integró por primera vez en la plataforma en línea un catálogo amplio de enfermedades y trastornos médicos y odontológicos (13); sin embargo, los resultados muestran un claro subregistro, posiblemente originado por la falta de especialistas en patología y medicina bucal en los servicios de salud en México. De las 104 978 personas que acudieron a los Servicios de Salud en las unidades centinela durante el año 2021, sólo 6 366 (6.1%) reportaron algún otro padecimiento diferente a caries y/o enfermedad periodontal. En la página 64 del documento se describen las lesiones de la mucosa bucal encontradas, mencionando que el tipo de lesión predominante es el aumento de volumen (625 casos), seguido por úlceras, leucoplasia, eritroplasia y las llamadas “lesiones mixtas”. Los términos mencionados ponen de manifiesto la inadecuada preparación del catálogo de lesiones, ya que hacen referencia a diagnósticos por completo inespecíficos, que no permiten acercarnos a la realidad y que perpetúa el estado de ambigüedad en términos de patología y medicina bucal (13).

El desaprovechamiento del examen bucal

Es lamentable que a pesar de que la boca es una de las regiones anatómicas más accesibles a la exploración, con mucha frecuencia es ignorada durante la realización de exámenes clínicos generales o estomatológicos. Generalmente, las exploraciones bucales se limitan al examen de los dientes y sus estructuras de soporte, lo que causa, entre otros problemas, un retraso significativo en el diagnóstico y el manejo de diversas enfermedades con manifestaciones en la mucosa bucal y los maxilares.

Las enfermedades bucales no tratadas afectan a casi la mitad de la población mundial: el número de casos a nivel mundial ha aumentado mil millones

en los últimos 30 años, lo que pone en evidencia la falta de servicios de prevención, educación en la disminución de factores de riesgo, y la atención rehabilitadora y restaurativa. Las consecuencias de las enfermedades bucales no tratadas no sólo se limitan a síntomas físicos y limitaciones funcionales, sino que impactan en el bienestar emocional, mental y social, y pueden representar problemas graves y debilitantes. Las enfermedades bucales afectan, en gran medida, la calidad de la salud, la vida, la productividad y la capacidad para trabajar, así como la participación social (7).

Incluso para quienes pueden acceder al tratamiento, los costos suelen ser elevados y pueden suponer una carga económica importante. El gasto público y privado para la atención de la salud bucodental ha alcanzando los 390 mil millones de dólares en todo el mundo, con una distribución desigual entre regiones y países. A pesar de estos desafíos, la mayoría de las enfermedades son potencialmente prevenibles (7).

El cáncer bucal es una enfermedad con alta mortalidad y morbilidad, cuya incidencia varía según la región geográfica y la edad. El Observatorio Mundial del Cáncer de la IARC (GLOBOCAN) estimó 377 713 nuevos casos y 177 757 muertes por cáncer de la cavidad bucal y el labio en todo el mundo en 2020 (14), con una incidencia de 13/100 000 en hombres y 5/100 000 en mujeres.

Sin duda, el cáncer bucal debe abordarse mediante estrategias de prevención primaria y secundaria. En términos de prevención primaria, las estrategias se centran en el cese de conductas de alto riesgo para el desarrollo de este tipo de cáncer, como fumar tabaco, consumir alcohol y el uso de productos con tabaco (betel quid, nuez de areca, vapeadores, etc.). En términos de prevención secundaria, se enfatiza la importancia del tamizaje a personas de alto riesgo a través del examen clínico oral para la identificación temprana de TPMs (15).

Además de lo anterior, la terapia contra el cáncer genera complicaciones orales potencialmente severas que son una causa frecuente de la disminución de la dosis e incluso de la suspensión del tratamiento oncológico, afectando la supervivencia de los pacientes. La complicación más frecuente es la mucositis bucal, que se observa hasta en el 75% de los pacientes y es la causa más común de dolor durante el tratamiento del cáncer.

Los avances continuos en el campo de la oncología, que en ocasiones incluyen quimioterapia, protocolos de trasplante de células hematopoyéticas, hiperfraccionamiento de la radioterapia, radioterapia tridimensional y un mayor uso de quimioterapia y radioterapia combinadas, aumentan la frecuencia y la gravedad de las complicaciones bucales. Este hecho hace imprescindible la presencia de especialistas en patología y medicina bucal en los tres niveles de atención de la salud.

Definitivamente, es crucial abordar la falta de formación adecuada entre las y los dentistas en México, así como la ausencia de estos especialistas en equipos multidisciplinarios a nivel hospitalario. La necesidad de recibir una formación adecuada para gestionar las necesidades de atención de salud bucal y maxilofacial es imperativa, especialmente para pacientes sistémicamente comprometidos. Lo anterior debe incluir la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades comunes y médico-bucodentales inusuales (16).

La falta de plazas hospitalarias en esta área también resulta en su exclusión de las rotaciones clínicas y hospitalarias para los estudiantes de medicina y enfermería. Para resolver la escasez de especialistas en patología y medicina bucal en el sector salud, es necesario implementar políticas nacionales que incluyan:

- Mejorar la formación de los dentistas en patología y medicina bucal, incluyendo estos temas en los programas de estudios tanto de odontología como de medicina. Además, es crucial incluir estas áreas en las rotaciones clínicas y hospitalarias.
- Implementar políticas nacionales que incluyan la creación de plazas para especialistas en patología y medicina bucal en los tres niveles de atención del sistema de salud.
- Enfatizar la prevención de enfermedades bucodentales a través de campañas de educación y programas de salud pública, lo que podría reducir significativamente la incidencia de estas enfermedades y los costos asociados a su tratamiento.

Estas acciones no sólo mejorarían la calidad de la atención de la salud bucodental en nuestro país, sino que también integrarían una visión multidisciplinaria en el tratamiento de los pacientes, asegurando una atención más completa y eficaz.

Referencias

1. Scully C, Miller C, Aguirre Urizar J, et al. Oral medicine (stomatology) across the globe: birth, growth, and future. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016;121(2):149-157.
2. Miller CS, Peterson DE. Oral medicine: today's future can become tomorrow's reality. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018;126(5):409-414.
3. Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Petti S, et al. Oral cancer and precancer in oral pathology and medicine curricula of Mexican dental schools. *Oral Dis*. 2024;30(4):2150-2157.
4. Consejo Mexicano de Patología y Medicina Bucal. *Especialistas certificados en patología y medicina bucal*. México; 2024 [actualizado 2024 mar 8]. Disponible en: <https://www.compymb.org.mx/directorio.htm>
5. Louredo B, Curado M, Penafort P, et al. Contribution of public oral pathology services to the diagnosis of oral and oropharyngeal cancer in Brazil. *Braz Oral Res*. 2023;37:e126.
6. Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud. *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2009*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/212272/sivepab-2009.pdf>
7. World Health Organization. *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. Ginebra: WHO; 2022.
8. Jean G, Kruger E, Lok V. Oral health as a human right: support for a rights-based approach to oral health system design. *Int Dent J*. 2021;71(5):353-357.
9. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83:661-669.
10. Carmona M. *The nature of the obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Amberes: Intersentia; 2003.
11. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*; 2016. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/lgs.pdf>
12. Dirección General de Epidemiología, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud. *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2021*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848162/resultadosdelsivepab2021.pdf>
13. Wang S, Yang M, Li R, Bai J. Current advances in noninvasive methods for the diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a review. *Eur J Med Res*. 2023;28(1):53.
14. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249.

15. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Amarasinghe H, Subramanian S, Johnson N. Oral cancer: prevention, early detection, and treatment. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editores. *Cancer: disease control priorities*. 3rd ed. Vol. 3. Washington (DC): World Bank; 2015.
16. Miller CS, Epstein JB, Hall EH, Sirois D. Changing oral care needs in the United States: the continuing need for oral medicine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001;91(1):34-44.

5. Las voluntades anticipadas en salud mental



LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS*

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.05>

Resumen

En México se han actualizado disposiciones jurídicas orientadas a la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental. La reforma de la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones busca dar cumplimiento al derecho internacional al armonizarse con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas. Este cambio implica una reestructuración de los servicios de atención en salud mental basada en el modelo social propuesto por la CDPD.

En este contexto, se plantea la incorporación de la voluntad anticipada en salud mental (VASM), entendida como el derecho de una persona con una condición mental, de manera voluntaria y con capacidad suficiente, de aceptar o rechazar previamente los tratamientos que pudiera requerir en el futuro, cuando ya no esté en condiciones de decidir. Así, se argumenta que las VASM pueden favorecer la toma de decisiones informadas, siempre que se implementen bajo un modelo de acompañamiento y apoyo, con presunción de capacidad, promoviendo la autonomía relacional y la negociación entre las partes involucradas en beneficio de las personas con discapacidad mental.

* Postdoctora en Bioética (Universidad de Chile). Doctora en Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México). Profesora en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: lmondragonb@inprf.gob.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-5228>

Palabras clave: *directivas anticipadas de voluntad, salud mental, bioética, derechos humanos, legislación médica.*

La denominación de voluntad anticipada (VA) y la historia de Ulises

En la Odisea, una de las obras maestras atribuidas a Homero, el autor relata la historia de Ulises (1). Cuando Ulises regresaba a casa, después de la guerra de Troya, tuvo que pasar por los dominios de las sirenas. Una de las características de estos seres era que poseían una voz dulce y melodiosa, con la que atraían a los marineros de los barcos, quienes, incautos y embelesados con la bella música, saltaban del barco para escuchar mejor, ahogándose en el mar (1,2).

Para evitar el influjo de las sirenas, Ulises siguió el consejo de Circe, quien le recomendó que todos los marinos se colocaran cera en los oídos para no escuchar el canto de las sirenas. En tanto, Ulises debió atarse al mástil del barco con los oídos descubiertos, ordenándole a su tripulación que, viesen u oyese lo que fuera, no lo desataran del mástil, por mucho que él suplicara. (2)

Cuando pasaron por la zona en que las sirenas comenzaban con su canto, ninguno de los marineros sufrió daño alguno, ya que no escucharon nada. Sin embargo, Ulises, hechizado por la bella música, suplicó e imploró que le soltaran, pero los marineros hicieron caso omiso. Así, Ulises pudo escuchar el canto de las sirenas sin sufrir daño alguno. (2)

La historia de Ulises es un claro ejemplo de lo que se conoce como una voluntad anticipada, razón por la cual, a este documento se le denominó inicialmente el contrato de Ulises (3-7). Las voluntades anticipadas han sido nombradas de diversas formas: “documentos de instrucciones previas”, “declaración de voluntad vital anticipada”, “testamento de vida”, “voluntades anticipadas”, “actos de autoprotección”, “declaraciones vitales de voluntad”, “directivas anticipadas”. Actualmente parece haber un consenso para denominarlas voluntades anticipadas (VA) (8,9).

Una de las definiciones más precisas de las VA es la que plantea As-tete (9) “Las voluntades anticipadas son un documento que contiene una declaración mediante la cual una persona mayor de edad, con capacidad mental suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta respecto a la atención en salud que desea recibir en situaciones en las cuales no pueda ya expresar personalmente su voluntad”.

La concepción de la VA resalta que la voluntad de una persona se expresa en la medida en que se manifiesta la libertad de elección y hace uso de la autonomía en la toma de decisiones. Aunque en ocasiones los términos de voluntad y autonomía suelen asociarse en cuanto a las decisiones del paciente, no deben considerarse necesariamente equivalentes.

La autonomía se ha concebido como autodeterminación, autorregulación, libertad de derechos y, por supuesto, libertad de elección (10), en tanto que la voluntad es una actitud o disposición moral que tiene grados y formas: actos volitivos con mayor o menor conciencia, intensidad o profundidad (8).

En la voluntad hay una previa representación o conocimiento, una finalidad, una decisión, una resolución y una acción (el proceso aprehensión-valoración, deliberación-resolución y ejecución). En este sentido, las VA sitúan a la persona con plena conciencia de actuar con libertad para elegir o no algo que atañe a su salud, por lo que requiere un segundo elemento para el proceso en la toma de decisiones, la autonomía (11).

Tanto voluntad como autonomía son imprescindibles en las VA para comprender los elementos centrales implícitos en el proceso de decisión. La persona necesita entender la situación por la que atraviesa y proyectarla en un escenario futuro, eligiendo los tratamientos y las medidas terapéuticas que el equipo médico le ofrece y que desea recibir en el momento en que ya no puede decidir o expresar su voluntad, pero comprendiendo que será atendida según sus deseos previamente decididos, libremente y con plena conciencia de qué es la mejor opción, tal cual lo ha plasmado en un documento formal.

Las VA se deben entender como un proceso, no sólo como un documento, que puede aplicarse en diversos escenarios de salud. Originalmente se crearon para utilizarse en la fase terminal de una enfermedad física y actualmente también son usadas en el ámbito de la salud mental o la psiquiatría.

Simón Lorda (12) menciona que, aunque las VA, en tanto herramientas, son empleadas en ambos contextos, al final de la vida y en la salud mental, existen algunas diferencias importantes entre ellas. Las primeras suponen la pérdida total de la capacidad para expresar los deseos debido al avance de la enfermedad; habitualmente se refieren al rechazo de tratamientos y las decisiones no afectan el pronóstico. En las segundas, el contexto psiquiátrico, las personas raramente son incapaces de expresar deseos, por lo que en las VA se rechazan y aceptan tratamientos. Estas decisiones sí afectan al pronóstico.

Las voluntades anticipadas al final de la vida (VAFV) han sido ampliamente estudiadas y están legisladas en México, por lo que son un antecedente de las voluntades anticipadas de salud mental (VASM), las cuales están en proceso de regularse e implementarse. Sin embargo, se requiere más conocimiento en relación con la legislación, las convenciones internacionales sobre los derechos humanos y la perspectiva bioética, que permita un impacto en la atención clínica de las personas con una condición mental. Por esta razón, las VASM representan el interés primordial de este trabajo.

El antecedente: voluntad anticipada al final de la vida

En el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (13), conocido como el Convenio de Oviedo, se expresa que la voluntad anticipada al final de la vida (VAFV) es la decisión anticipada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal.

Las VAFV surgieron en la década de los 60 en Chicago, Estados Unidos, bajo el término de *living will*. El abogado Luis Kutner fue quien estableció un documento en donde cualquier persona pudiera indicar sus deseos de que se le aplique o no un tratamiento en caso de enfermedad terminal (8, 14, 15).

Posteriormente, las VAFV fueron reconocidas en Estados Unidos mediante la legislación *Natural Death Act* de California y la modificación al Código de Salud y Seguridad en 1976, estipulando que una persona adulta y sana mental “tiene el derecho a dar instrucciones escritas a su médico (actual o futuro) para interrumpir o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida en el caso de una situación terminal, es decir, cuando se sabe que, de acuerdo con el razonable juicio del médico, la muerte va a producirse, y tales procedimientos sólo van a lograr posponerla. En estas condiciones, el médico afectado queda exonerado de responsabilidad penal y civil” (8).

Las VAFV son consideradas un derecho de las personas. Actualmente, éste instrumento está en las legislaciones de distintos países como: Reino Unido, Estados Unidos, Australia, España, entre otros. En América Latina son reconocidas legalmente en Puerto Rico, Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil y México (15,16).

Desde el derecho internacional, el Convenio de Oviedo, en su artículo 9, contempla el estatus jurídico de las VAFV: “Otorgar cobertura jurídica a los casos en que personas con la capacidad de entender han expresado con anterioridad su consentimiento (ya sea para admitir o rechazar) en relación con situaciones previsibles y para el caso de que no estén en condiciones de expresar su opinión sobre un tratamiento” y continua “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad” (13).

En México, las VAFV están estipuladas en la Ley General de Salud expresadas en el capítulo II de los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal (17), específicamente en el artículo 166 Bis 4: “Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento” (17).

A nivel estatal, de las 32 entidades federativas de la República mexicana, la mitad cuentan con legislación sobre las VAFV. La primera entidad en el país en instituir esta herramienta fue la Ciudad de México (antes

Distrito Federal), con la Ley de Salud de la Ciudad de México, desde 2008. Otros estados que cuentan con la legislación de VAFV son: Aguascalientes, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Tlaxcala y Yucatán (16).

Existen dos formas de obtener las VAFV, en una institución de salud o ante un notario. De acuerdo con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “toda persona que padezca una enfermedad amenazante o limitante para la vida en la que el tratamiento curativo ya no ofrezca resultados tanto para su pronóstico como para su calidad de vida, tiene derecho a solicitarla ante el personal de salud en cualquier Institución de Salud pública o privada de la Ciudad de México. Para el resto de la población, puede solicitarse ante Notario Público, a partir de los 18 años” (17).

Los requisitos para acceder a la formalización de una VAFV es tener la mayoría de edad en el caso de su trámite ante notario; en la institución de salud pueden ser adultos o menores de edad. En ambos casos es necesaria la figura de uno o dos representantes o testigos que validen la voluntad de la persona. En sus especificaciones se prohíbe la eutanasia y en algunos casos, el uso de medicamentos opioides (16).

Según Mastachi (16), en México se han otorgado un poco más de 14000 formatos de VAFV. De estos, el 75% aproximadamente se otorgaron ante un notario, mientras que el 25% por ciento fue ante la autoridad sanitaria. Estos datos representan poco más del 0.01% de la población total del país. 64% de los beneficiados fueron mujeres y 36% hombres; el 65% están casados.

En el marco de la bioética, las VAFV están dentro del modelo autonomista. Los pacientes son quienes toman la decisión razonada y consciente, libre y determinada del tratamiento que desean o no recibir. Además del principio de autonomía, se contempla la dignidad de “la persona al regular los procedimientos para una ortotanasia, es decir, el correcto proceder o actuar ante la muerte por aquellos que tienen a su cuidado a quienes padecen una enfermedad en fase terminal” (16).

Aunque las VAFV estén legisladas e implementadas en México, falta mucho trabajo de concientización para que la población pueda ejercer este derecho y, con ello, tener el beneficio de decidir anticipadamente los tratamientos que causen el menor dolor y costo posible al paciente y su familia. Este impacto repercute en la atención, los gastos médicos, de

medicinas y hospitalización (16), así como en el sistema de salud tanto público como privado.

Voluntad anticipada en la salud mental

La voluntad anticipada en la salud mental (VASM) es un derecho que tiene una persona con una condición mental que, estando informada sobre su situación clínica, de manera voluntaria y mostrando capacidad suficiente puede, con antelación, aceptar o rechazar tratamientos que en el futuro pueda requerir de los servicios de atención médica, cuando ya no pueda tomar decisiones (4, 12, 14, 18).

A diferencia de las VAFV, las VASM se utilizan para que los pacientes puedan elegir o rechazar un tratamiento psiquiátrico, hospitalizarse, y otras medidas terapéuticas como la terapia electroconvulsiva (TEC), excepto aquellas decisiones que contravengan la buena praxis o algún ordenamiento jurídico. Esta herramienta es revocable, es decir, el paciente puede, en cualquier momento, impugnar lo que dejó documentado (14, 19). En las VASM también deben aparecer los datos de la persona de contacto para situaciones de crisis y/o del tutor o representante legal (19).

En la década de los 90 se instauraron las VASM con el apoyo de las posturas voluntaristas y libertarias en el tratamiento psiquiátrico (15). En nuestro país, las VASM nacieron durante el proceso de la Consulta Nacional a la sociedad civil para la sustentación del informe inicial de México relativo a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (20). Las organizaciones participantes demandaron que la autoridad sanitaria garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

En el ámbito de la salud mental, por usanza se toman decisiones por representación o subrogadas debido a que a la persona con enfermedad mental no se le considera apta de decidir por sí misma, por lo que es necesario trasladar su derecho a decidir sobre su salud a otras personas, generalmente un miembro cercano de su familia u otro individuo elegido

por el propio paciente o determinado por el Estado, con el fin de velar por sus intereses y su seguridad, así como garantizar el respeto de la persona y asegurarse de disponer lo mejor para ella (14, 19).

El principal cuestionamiento que se le hace a las personas con enfermedad mental para impedir que tomen decisiones y manifiesten su propia voluntad sobre las medidas terapéuticas que deseaban recibir es la capacidad de decidir. Esto se debe a que algunos pacientes padecen de alguna alteración en su estado de conciencia, afectando de manera transitoria ciertos procesos cognitivos, como la capacidad necesaria para analizar y comprender la información recibida y emitir un juicio para decidir sobre su propio tratamiento. Sin embargo, la enfermedad mental no es sinónimo de carencia de capacidad, por lo que una persona con condición mental puede predeterminar los aspectos de su cuidado posterior para que se conozcan y respeten sus deseos sobre su tratamiento futuro (14, 15).

Todos los pacientes bajo tratamiento deben decidir entre diferentes opciones con potenciales beneficios, riesgos y distintos resultados a corto, mediano y largo plazo. Por eso, la capacidad para la toma de decisiones significa que se comprenden las implicaciones de elegir una opción de tratamiento en lugar de otras (19). En este sentido, la capacidad se convierte en un elemento relevante a considerar en las VASM.

Simón Lorda (12) menciona que la capacidad es un término psicológico y clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para comprender la situación que enfrenta y las consecuencias que ésta podría generarle a una persona, tomando y fundamentando una decisión o elección basada en sus valores y preferencias de vida. Ésta aptitud es la que evalúan médicos, psiquiatras y psicólogos para conocer si una persona puede gobernar su vida y, con ello, saber que sus decisiones son autónomas (19).

Evaluar la capacidad es indispensable antes de aplicar una VASM para averiguar que la persona puede decidir sobre su salud a futuro. Se han propuesto diversos instrumentos diagnósticos teóricamente desarrollados, algunos desde una perspectiva psiquiátrica y otros desde un abordaje neurológico. El más destacado es el trabajo pionero realizado por Appelbaum y Roth (21) sobre los criterios que permiten identificar los atributos de la capacidad cognitiva necesaria para el proceso del consentimiento informado en investigación clínica. Estos criterios, posteriormente, sirvieron de base para el desarrollo

de uno de los instrumentos más utilizados actualmente para la evaluación de la capacidad de decisión: el *MacArthur Competence Assessment Tool* (Mac-CAT-T), el cual ha sido traducido a varios idiomas y ha sido validado en diversos contextos culturales (22).

En las VASM es importante comprender que cuando éstas sean aplicadas la persona que las suscribió, ya no tendrá la capacidad de decidir frente a la situación médica que involucra su salud, aunque no pierde el derecho a la decisión. Esto significa que si la persona tuvo la capacidad para prever y expresar sus deseos o voluntad anticipadamente, ésta voluntad deberá considerarse y respetarse (13, 12, 23). Este derecho es lo que permite que las VASM sean reconocidas por la legislación mexicana.

Derechos humanos y legislación

Las normativas, como las convenciones y declaraciones mundiales, sustentan acciones para respetar los derechos humanos de los individuos con enfermedad mental, específicamente la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) (20), entendiendo la discapacidad desde el enfoque de los derechos humanos (24).

La CDPD, la cual México ha ratificado como Estado miembro, está encaminada al cumplimiento del logro de la igualdad sustantiva y la no discriminación de las personas con discapacidad mental o psicosocial y da cuenta de las características de la universalidad, indivisibilidad, integralidad e interdependencia de los derechos humanos en su carácter de inalienables (14).

En ésta convención se especifican aspectos sobre el consentimiento informado, la capacidad jurídica, el tratamiento forzoso y el respeto a la autonomía, permitiendo incorporar el tema de la toma de decisiones en tratamientos anticipados, como el ejercicio de derechos y la no exclusión social de las personas con discapacidad (24). Reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona como resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y los obstáculos, tales como barreras físicas y actitudes imperantes, que obstaculizan su participación en la sociedad.

El derecho internacional exige cumplir con las recomendaciones de la CDPD en relación con las necesidades que plantean las personas con

enfermedad mental, quienes deben ser beneficiarios directos de las circunstancias sociales, en igualdad y equidad, que les permitan su participación en la vida social que, a su vez, reduzca los obstáculos estructurales de los aspectos jurídicos y políticos para que estas personas puedan ser reconocidas como individuos con dignidad, autonomía (posiblemente disminuida, pero no ausente) y con la capacidad para tomar decisiones. De esta forma, se debe evitar el paternalismo injustificado y el maltrato que no ha permitido avanzar en materia de los derechos humanos de las personas con alguna enfermedad mental.

Nuestro país ha trabajado en actualizar las disposiciones jurídicas en aras de la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial o enfermedad mental. Así, se realizaron importantes procesos de reforma y reestructuración de la atención de la salud mental centrada en el modelo social de la CDPD, el cual considera que la “persona con discapacidad psíquica o intelectual es aquella que, teniendo una o más deficiencias, sea por causas psíquicas o intelectuales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (20).

En México se estableció el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2020-2024, con un enfoque comunitario, intercultural, de derechos humanos, perspectiva de género, que propone ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud y tiene la finalidad de garantizar el acceso equitativo de la población (25). Bajo este nuevo enfoque, México revalida en sus normativas la incorporación las VASM, desde la perspectiva de las capacidades diferentes y la diversidad funcional en el ámbito de la salud mental (24).

La reforma a la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones, aprobada el 16 mayo de 2022 (26), menciona lo siguiente en su artículo 74 Ter.: “La población usuaria de los servicios de salud mental tendrán los derechos siguientes:... II. Derecho a contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones y a directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado”.

En el artículo 75 Ter. se expone: “en previsión de requerir en el futuro servicios de atención médica, las personas tienen derecho a elaborar su voluntad anticipada en la que podrán determinar el tipo de acciones que deseen sean tomadas para su tratamiento, o su negativa a recibir un tratamiento. En dicha manifestación de voluntad anticipada se establecerá, en su caso, la forma, alcance, duración y directrices de dicho apoyo, así como el momento o circunstancias en que su designación de apoyos a futuro surtirá eficacia. La persona podrá revocar en cualquier tiempo el contenido de la voluntad anticipada previamente adoptada” (26).

Este proceso de reforma de ley en materia de salud mental está armonizado con la CDPD y los derechos humanos en lo general, pero es indispensable preparar las condiciones de posibilidad para la implementación de las VASM, y que éstas puedan tener un efecto en la vida real de los pacientes en relación con la toma de decisiones sobre su salud.

La reflexión sobre la factibilidad de contar con un documento como las VASM, en donde las personas con enfermedad mental predeterminan los aspectos de su cuidado posterior, cuando pudieran carecer de capacidad, para su atención sea de acuerdo con sus deseos previos expresados de manera formal en este instrumento, que puede revocarse en cualquier momento, es un desafío para la atención psiquiátrica en México.

Bioética

La bioética, como disciplina que aborda y abona al debate sobre el derecho de los pacientes para ejercer su autonomía, debería tener una injerencia en la implementación de las VASM en la atención de la salud mental. Desde la bioética, las VASM podrían ser un dispositivo de resguardo, apoyo y acompañamiento en la toma de decisiones, en tanto que constituyen el establecimiento de un pacto de cuidados.

En un estudio cualitativo realizado para identificar las condiciones bioéticas posibles que permitan la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría (DAP) o VASM en la atención de la salud mental, Mondragón y Lolas (18, 27) encontraron diversos aspectos que pueden construir un marco de referencia bioético, entre éstos se encuentran los siguientes:

- 1) La autopercepción de los pacientes sobre la sensación de descompensación que los conduce a la búsqueda de ayuda. Esto puede interpretarse como conciencia de sí mismo y capacidad de toma de decisiones que, además de los elementos cognitivos, incluye la voluntad y las preferencias de la persona que le permiten distinguir los síntomas y expresar una intención, como pedir ayuda. Este resultado se explica desde el modelo combinado de toma de decisiones con apoyo expuesto por Scholten *et al.* (28), el cual radica en que el profesional ayude al paciente para que tome decisiones informadas sobre su salud, por lo que es necesario evaluar su capacidad funcional y determinar si puede decidir, o bien, si requiere decisiones sustitutivas que permiten tomar decisiones en nombre de la persona con autonomía disminuida (18).
- 2) La biografía/narrativa aporta valor o sentido a las VASM. Conocer la historia del paciente ofrece un apoyo adecuado para la toma de decisiones en las cuestiones clínicas y no clínicas que las personas consideran relevantes y valiosas para participar con interés en las VASM (27).
- 3) La negociación entre el equipo de salud, el paciente y la familia sobre el contenido de las VASM, así como las medidas terapéuticas adecuadas. Un equilibrio entre las preferencias de las personas y los criterios clínicos de los médicos. Este convenio puede suscribirse en la toma de decisiones con apoyo que también demanda la CDPD (18).

Las VASM están insertas en el modelo autonomista, el cual ha permitido la disposición de este documento para el contexto psiquiátrico. Al mismo tiempo, deben sustentarse en la relación asistencial que propone la CDPD y en la toma de decisiones compartidas de la bioética. En este caso, es el paciente quien elige libremente lo que considera mejor para su bienestar, considerado sus preferencias, sus valores y condiciones contextuales familiares y socioculturales; pero siempre con la anuencia del médico, quien aconseja con base en sus conocimientos técnicos y previa información detallada de la enfermedad y de todas las alternativas de tratamiento con sus riesgos, beneficios y pronósticos (9, 19).

Las personas con enfermedad mental merecen la misma consideración y respeto que cualquier otro paciente, por lo que se les debe reconocer como individuos autónomos y se deben respetar sus decisiones anticipadas (9). Las VASM son herramientas que permiten salvaguardar el cuidado ético y los derechos de estas personas.

Reflexiones finales

Tanto las VASM como las VAFV deben implementarse en México. La reforma de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, ha sido un gran avance porque implica el cumplimiento con lo que demanda el derecho internacional al armonizar estas reformas jurídicas con la CDPD.

Los servicios de atención a la salud mental, enfocados en los derechos humanos y la atención temprana, deben convenir el uso de las VASM desde un marco bioético que permita el beneficio de las personas con condición mental al considerar su opinión, fomentando el desarrollo de habilidades para el ejercicio de la toma de decisiones presente y futura.

Las VASM deben implementarse bajo el modelo de acompañamiento, modelo de asistencia y presunción de capacidad, considerando la autonomía relacional o de apoyo y la negociación entre los involucrados. De esta forma, las VASM pueden tener un impacto positivo en la vida de los pacientes en cuanto a las decisiones sobre su salud.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con la beca en Estancias Posdoctorales en el Extranjero 2021 – CCINSHAE, con el proyecto titulado: “Bases bioéticas para la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría en la atención de la salud mental”.

Referencias

1. Homero. *La Odisea*. Madrid: Gredos; 2015.
2. Santiago M. Mitología griega: las sirenas y Ulises. *RedHistoria* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 9]. Disponible en: <https://redhistoria.com/mitologia-griega-las-sirenas-y-ulises/>
3. Appelbaum PS. Advance directives for psychiatric treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):983-984.
4. Appelbaum PS. Law and psychiatry: psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatr Serv*. 2004;55(7):751-763.
5. Gorrotxategi M, Romero J. Voluntades psiquiátricas: una herramienta terapéutica. *Norte de Salud Mental*. 2012;42:11-17.
6. Ramos Pozón S, Román Maestre B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34(121):21-35.
7. Potthoff S, Finke M, Scholten M, Gieselmann A, Vollmann J, Gather J. Opportunities and risks of self-binding directives: a qualitative study involving stakeholders and researchers in Germany. *Front Psychiatry*. 2022;13.
8. Kemelmajer de Carlucci A. Las directivas anticipadas en el derecho argentino. *Rev Cubana de Derecho*. 2024;4(1):311-380.
9. Astete C. Sobre las voluntades anticipadas. Ponencia presentada en: *Seminario de Bioética*; 2015 ago 3; Chile. [Internet] [citado 2024 jun 29]. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/C-Astete-vol-anticip-boletin2015.pdf>
10. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. *Patient's autonomy, privacy and informed consent*. Amsterdam: IOS Press; 2000.
11. Ferrater Mora J. *Diccionario de filosofía*. 4a ed. Barcelona: Ariel Filosofía; 2004.
12. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;28(102):325-348.
13. Consejo de Europa. *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina* [Internet]. 1997 [citado 2018 ago 18]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>
14. Mondragón L, Guarneros T. Directrices anticipadas en psiquiatría. En: Martínez N, editor. *Salud mental forense*. México: Tirant lo Blanch; 2020. p. 124-137.
15. Morera B. Planificación anticipada de la asistencia en psiquiatría: criterios y marco de aplicación. *Eidon*. 2022;57:3-28.
16. Mastachi A. Voluntad anticipada y el derecho a una muerte digna. *Revista Abogacía* [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: <https://www.revistaabogacia.com/voluntad-anticipada-y-el-derecho-a-una-muerte-digna/>
17. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. *Voluntad anticipada* [Internet]. México; 2024. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/acciones/voluntad-anticipada>
18. Mondragón L, Lolas F. Condiciones bioéticas en las decisiones compartidas para

- las directrices anticipadas en psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2023;69(2):89-93.
19. Ramos Pozón S. Algunas consideraciones sobre la competencia de los pacientes para crear, usar y revocar un documento de voluntades anticipadas en salud mental. En: Román B, Palaudarias A, Esquirol JM, editores. *V Congreso Internacional de Bioética. Filosofía y Salud Mental*. Barcelona: Aporia; Sant Pere Claver, Institut Docent-Recerca; 2015. pp. 121-132.
 20. Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [Internet]. 2006 [citado 2016 ene 20]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
 21. Appelbaum P, Roth L. Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(8):951-958.
 22. Wang SB, Wang YY, Ungvari GS, Ng CH, Wu RR, Wang J, Xiang YT. The MacArthur Competence Assessment Tool for assessing decision-making capacity in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2017;183:56-63.
 23. Tobar J. Las directivas anticipadas, la planificación anticipada de la atención y los derechos a la dignidad y autonomía del paciente. *Rev Colomb Bioet*. 2012;7(1):140-162.
 24. Casado M, Vilà A. *Documento sobre bioética y discapacidad*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, Universidad de Barcelona; 2014.
 25. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Publica Mex*. 2021;63:554-564.
 26. Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones. *Diario Oficial de la Federación*; 2022 may 16. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/lgs_ref131_16may22.pdf
 27. Mondragón L, Lolas F. Bioethics and advance directives in psychiatry in the hospital context. *Salud Ment*. 2023;46(5):261-267.
 28. Scholten M, Gieselmann A, Gather J, Vollmann J. Psychiatric advance directives under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. *Front Psychiatry*. 2019;10:631.

6. Neurociencias y conducta violenta



KARLA XIMENA DÍAZ GALVÁN*
UNIVERSIDAD DEL CLAUSTRO DE SOR JUANA

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.06>

Resumen

En el capítulo titulado “Neurociencias y conducta violenta” se analiza la violencia como un fenómeno complejo y multifactorial, reconocido actualmente como un problema de salud pública por sus amplias consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Desde una perspectiva interdisciplinaria, se integran aportes de la psicología y las neurociencias para explicar los factores que incrementan el riesgo de conductas violentas, destacando la interacción dinámica entre variables biológicas, psicológicas y ambientales.

En el ámbito neurobiológico, se han identificado alteraciones en estructuras cerebrales, particularmente en la corteza prefrontal, asociadas con deficiencias en funciones ejecutivas como la inhibición, la toma de decisiones y la regulación emocional. Estas alteraciones, junto con disfunciones en circuitos que involucran la amígdala y la corteza orbitofrontal, pueden reducir los mecanismos de control conductual y facilitar respuestas impulsivas, como la violencia. Asimismo, se resalta el papel de emociones como el enojo, la ira y el miedo, moduladas por la presencia o ausencia de emociones prosociales como la empatía.

* Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Docente de asignaturas a nivel licenciatura y posgrado de la Universidad del Claustro de Sor Juana, Centro Universitario Incarnate Word, la Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico (UNIVDEP), la Universidad Tecnológica de México (UNITEC) y Universidad de Negocios ISEC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0692-3037>

El texto también enfatiza la influencia de factores ambientales y culturales, señalando que experiencias adversas tempranas, como el abuso, pueden incidir en la expresión genética mediante mecanismos epigenéticos, incrementando la vulnerabilidad a conductas antisociales. No obstante, se rechaza una visión determinista, subrayando la naturaleza bidireccional de estos procesos. Finalmente, se concluye que la prevención de la violencia debe centrarse en intervenciones tempranas y en la transformación del entorno social y cultural, promoviendo habilidades emocionales y valores prosociales.

Palabras clave: *neurociencias, violencia, empatía, normas sociales, determinantes sociales de la salud.*

El estudio de la conducta violenta ha sido, desde tiempos inmemoriales, un tema de investigación que ha intrigado tanto a la humanidad en general como a quienes nos dedicamos a su análisis.

En la actualidad, la conducta violenta representa un problema a nivel mundial. Ésta se observa en forma de crímenes de odio, guerras, homicidios, violencia doméstica, maltrato y abuso infantil, crimen organizado, feminicidios, entre muchas otras formas claras y explícitas de violencia. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (1), en México se reconoce la violencia como un problema de salud pública debido a que ésta también produce lesiones, discapacidad, abuso, trauma, orfandad, depresión, ansiedad, miedo y desamparo, entre otras muchas expresiones de dolor y sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud (2) define a la violencia como el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”, por lo tanto, se entiende que esta puede manifestarse de diversas formas, desde la violencia verbal o psicológica, pasando por distintas formas de abuso —físico, sexual y emocional—, hasta expresiones más evidentes como las lesiones y el daño físico, llegando incluso al homicidio en sus formas más extremas.

Hemos tratado de buscar explicaciones para todas estas conductas poco adaptativas e indeseables en el ser humano desde diferentes perspectivas, como la antropología, la biología, la psicología y las neurociencias. En el

área de la psicología, se han descrito diferentes términos clínicos como los rasgos de personalidad antisocial y psicopáticos como muy cercanos a la conducta violenta, pues si bien no son sinónimos entre ellos ni tampoco causales de la conducta violenta, sus manifestaciones sí pueden incrementar la probabilidad de violencia (3). Todos estos rasgos los definiremos más adelante.

Más recientemente, las neurociencias son las que han abordado más sistemáticamente esta cuestión, tratando de describir las características del cerebro de personas que cometen actos violentos para integrarlo con lo ya descrito previamente por la psicología. Las neurociencias se definen como el estudio del sistema nervioso. El sistema nervioso está compuesto por el cerebro, la médula espinal y las redes de células nerviosas sensitivas o motoras, llamadas neuronas, en todo el cuerpo (4). Las neurociencias pretenden explicar la relación entre la mente y el cerebro, detallar los mecanismos biológicos que subyacen a nuestro comportamiento, nuestras emociones, nuestra forma de procesar la información y nuestra personalidad. Al respecto, algunos autores como Rafael Yuste (5) han afirmado que el día en que entendamos al cerebro la humanidad se entenderá a sí misma. Con base en esta afirmación se la ha dado un gran énfasis al estudio de la conducta humana bajo este enfoque. Cabe mencionar que, evidentemente, el avance del conocimiento dentro del área de las neurociencias se ha desarrollado de acuerdo a la historia de las técnicas que nos permiten estudiarlo. De este modo, la historia de las neurociencias puede entenderse como la historia de sus técnicas, las cuales se encuentran en constante cambio y evolución.

Hallazgos desde la neurociencia para explicar la violencia

Diferentes estudios han puesto de manifiesto una serie de características neurobiológicas que se identifican como “marcadores biológicos de la violencia” o factores de riesgo para la violencia (6). Debido a que, como mencionamos anteriormente, la violencia puede manifestarse a diferentes niveles, las investigaciones en el campo de las neurociencias se han enfocado en el estudio

de poblaciones específicas que manifiestan dichos rasgos relacionados con la violencia, como lo son: trastorno de personalidad antisocial, psicopatía, homicidas, abusadores domésticos, abusadores sexuales y personas encarceladas por delitos violentos. Lo que tienen en común todas las poblaciones anteriores es que cometen actos violentos en diferentes niveles.

Al respecto, la neurociencia ha señalado de manera consistente, a partir de los hallazgos obtenidos en el estudio de dichas poblaciones, la implicación de estructuras cerebrales como el lóbulo frontal, particularmente la corteza prefrontal, la cual se ha identificado como una estructura encargada de las funciones de mayor complejidad presentes en el ser humano, denominadas como funciones ejecutivas (7). Éste término fue inicialmente definido por Muriel Lezak (8) como aquellos procesos encargados de controlar, regular y planear eficientemente la conducta para involucrarse en conductas independientes, productivas y útiles para sí mismo. Más adelante, algunos otros autores hicieron referencia a una propuesta de funciones ejecutivas “calientes” y “frías”. Las funciones ejecutivas calientes son aquellas que se encuentran más relacionadas con los procesos emocionales, por lo que destacan habilidades como la inhibición, la toma de decisiones, el procesamiento del riesgo y del beneficio, y la cognición social (habilidades necesarias para poder funcionar adecuadamente en un grupo o cultura) y se encuentran más relacionadas con una subregión de la corteza prefrontal, la corteza orbital (9).

La conducta violenta en personas con dichos rasgos no se modifica por las emociones que pueden ayudar a inhibir el comportamiento de una persona normal (como sería el papel de la empatía), pues, aparentemente, para ellos esos “frenos” emocionales del comportamiento (a nivel de conciencia) son débiles y esto les facilita cometer actos depredadores y violentos con mayor facilidad. La corteza orbitofrontal y las estructuras con las cuales se encuentra interconectada (otras áreas prefrontales, la corteza anterior del cíngulo y la amígdala) constituyen los elementos base de un circuito que subyace a la regulación de la emoción. El déficit o trastorno en este circuito incrementan la vulnerabilidad de una persona a la violencia impulsiva, y es probable que haya factores genéticos que contribuyan a la aparición de los rasgos de personalidad y temperamento que definen este trastorno, aunque la expresión de estos rasgos en el individuo sea producto de complejas interacciones entre predisposiciones biológicas/temperamentales y fuerzas sociales (5).

El papel de las emociones

Al momento de abordar la etiología de la violencia es necesario hablar de otro factor importante que forma parte de la fórmula detrás de los factores de los factores de riesgo: las emociones.

Las emociones son un conjunto complejo de respuestas fisiológicas y conductuales adaptativas, generalmente de corta duración, ante ciertos eventos externos o internos que dependen de la activación de sistemas cerebrales específicos. De acuerdo con Damasio (10), estas respuestas pueden motivar conductas de aproximación o alejamiento ante determinados estímulos, por lo tanto, serán fundamentales en la guía de nuestra conducta (como una brújula). Las emociones tienen un carácter eminentemente funcional, ya que nos permiten hacer frente a las exigencias y los desafíos que nuestro ambiente nos demanda; facilitan la comunicación e interacción social y responden al progreso, positivo o negativo; la obtención de metas y, por tanto, motivarán acciones futuras. Este punto de vista presupone un sistema emocional en el cual hay algunos mecanismos centrales que continuamente registran información procedente del mundo exterior e interior para proporcionar una respuesta rápida y eficiente, cuyas consecuencias pueden ser de gran importancia para la supervivencia y el bienestar de las especies (11).

En el caso de su relación con la conducta violenta, se entiende que las emociones son una antesala de la conducta violenta o, más bien, un estado afectivo que regularmente acompaña a la conducta violenta. Las emociones que más se relacionan con la violencia son el enojo, la ira y el miedo. De tal manera que cuando una persona experimenta alguna de ellas, es altamente probable que manifieste una respuesta conductual violenta (3). Existe una mayor probabilidad de esto si existe la falla en el “freno” conductual, como ya lo mencionamos antes.

Las emociones también han mostrado tener una gran variedad de matices y polaridades entre ellas, con una diversa gama de combinaciones e intensidades, casi como un círculo cromático. Algunos autores, como Damasio, Le Doux y Ekman (12), han propuesto modelos para comprender las emociones, clasificándolas de acuerdo a su función. De acuerdo con sus modelos, las emociones se clasifican en básicas y complejas. Las emociones

básicas son aquellas que son comunes a nuestra especie, universales, esto es, vienen genéticamente programadas y no necesitan ser aprendidas, pues tienen una función altamente evolutiva vinculada a la supervivencia. Las emociones básicas referidas por la mayoría de los autores son la alegría, el enojo, la sorpresa, la tristeza, el asco y el miedo. Todas y cada una de ellas tienen una función adaptativa, y nos permiten incrementar nuestras probabilidades de sobrevivir cuando las experimentamos ante algunas situaciones. Por ejemplo, si probamos u olemos un alimento que está echado a perder, inmediatamente sentimos asco y se activan respuestas fisiológicas (en este caso náuseas) que nos motivan a alejarnos de ese alimento y disminuir nuestras probabilidades de enfermarnos.

Ahora, pensemos en el valor adaptativo de emociones como el enojo (o la ira). Regularmente experimentamos esas emociones cuando nos lastiman (física o emocionalmente), cuando nos frustramos o cuando percibimos injusticia; el enojo (o la ira siendo su expresión más intensa) jugarían un papel para protegernos, para defendernos de aquello que podría atentar contra nuestra supervivencia. Incluso, tenemos una respuesta programada genéticamente para ello: la agresión que, en este contexto, tendría un papel defensivo e incrementaría nuestras probabilidades de sobrevivir. En la naturaleza observamos con mucha claridad la función adaptativa de la agresión, sin embargo, en los humanos que vivimos básicamente con todas las comodidades y sin necesidad de defendernos de otros animales para sobrevivir, también se manifiesta (con relativa frecuencia) ante algunas situaciones en las cuales ciertamente tenemos que cuestionarnos su papel adaptativo. Por ejemplo, ¿qué tan adaptativo es que un individuo se sienta ofendido o frustrado porque una mujer lo rechace? ¿o el enojo de una mujer al percibir como injusto que la engañen? Sentir emociones bajo estas circunstancias no tiene nada de malo, es incluso normal, lo que sí puede ser altamente desadaptativo es la respuesta ante estas emociones. En este sentido, ante la frustración y el enojo ¿está justificada la violencia hacia los demás? Nunca. De hecho, la violencia hacia otro ser humano va en contra de nuestra propia naturaleza evolutiva. Es aquí donde entran las emociones complejas.

Las emociones complejas, a diferencia de las básicas, no son universales, no son innatas. Son aprendidas y altamente dependientes de la cultura y factores sociales. Dentro de las más relevantes destacan aquellas que juegan

un papel importante en la expresión de violencia, como son: la empatía, la compasión, el orgullo, los celos. Entre ellas podríamos pensar que muchas de ellas, como el orgullo y los celos, ciertamente incitarían con mayor probabilidad a la violencia, mientras que otras, como la empatía y la compasión, serían emociones que promueven la inhibición de la misma. Como resultado, se les han llamado estados afectivos pro sociales, pues promueven las relaciones interpersonales para que sean más eficientes, sólidas y duraderas. Debido a que nos hemos convertido en seres sociales, pues evolutivamente hemos encontrado grandes ventajas al vivir en grupo, se ha considerado que las emociones complejas permiten que esto suceda, por lo que también tendrían un papel altamente adaptativo al ser el producto de nuestros cambios evolutivos a nivel cerebral, cognitivo y social. Autores como Jean Decety (13) han considerado que, por todo lo anterior, la aparición y el desarrollo de emociones complejas en el humano, incluyendo a la moralidad, son también producto de la evolución.

Influencia de factores ambientales

Dentro del modelo multifactorial de la psicología y las neurociencias actuales se encuentra la importancia de las influencias ambientales. El medio ambiente interactúa con factores neurobiológicos y psicológicos para explicar la conducta. En un inicio, este proceso se concebía desde un modelo lineal, según el cual los genes de un individuo influían de manera directa en la estructura y el desarrollo del sistema nervioso. Sin embargo, diversos estudios (14) han demostrado que dicha interacción va predisponiendo y moldeando al individuo y su conducta a lo largo de su vida. La predisposición se entiende en el sentido estricto de que existen ciertas características del individuo que pueden incrementar la probabilidad del desarrollo de rasgos cognitivos, conductuales y de personalidad que van a incrementar el riesgo de que, en la interacción con el medio ambiente, pueda aparecer la expresión de alguna de las formas de violencia (verbal, económica, sexual, física, etc.).

De esta manera, la epigenética (13) nos explica, de manera clara y con evidencia científica, cómo es que puede modificarse la expresión de nuestro código genético individual a partir de la experiencia de cierto tipo

de situaciones en nuestras vidas, es decir, se ha descrito que individuos que tienen cierto tipo de combinaciones genéticas tienen mayor riesgo de experimentar un trauma en etapas tempranas de la vida. Esto modifica la manera en que se desarrolla estructural y funcionalmente nuestro sistema nervioso, poniendo a éste individuo en mayor riesgo para la expresión de ciertos rasgos que pueden ser más patológicos y, por lo tanto, menos adaptativos. Por ejemplo, estudios recientes, como la colaboración de Ostrosky y Decety (15) junto con su equipo de investigación, demostraron que niños que han experimentado abuso en etapas tempranas de su desarrollo (ya sea físico, sexual o emocional) son más propensos a que su cerebro se conecte de manera diferente y, con ello, a que desarrollen rasgos como la frialdad emocional. En la adultez esto puede consolidarse como un trastorno de personalidad (como la psicopatía o antisocial), lo que incrementaría el riesgo de involucrarse en comportamientos violentos.

Con lo anterior, hemos podido comprender que la naturaleza del modelo ha dejado de ser lineal para convertirse en un modelo circular, donde los genes efectivamente influyen en nuestro desarrollo y nos predisponen a cierto tipo de personalidad. Pero, de la misma manera, puede ser que el ambiente y cierto tipo de experiencias detonen la activación de éstos genes, dejando claro que la relación entre los múltiples factores que explican el comportamiento de un humano es un modelo de retroalimentación mutua, circular y que, bajo ninguna circunstancia, uno sólo de los factores es causal. Es un error común y mal interpretado por parte de las aportaciones de la neurociencia al conocimiento general considerar que cierto tipo de genes o tener algún tipo de experiencia traumática en la infancia van a convertir (de manera causal y lineal) a un individuo en un psicópata asesino sin remedio. No hay nada más falso, pues lo anterior resulta en un modelo reduccionista que dejamos atrás desde hace mucho tiempo, precisamente porque nuestro conocimiento al respecto era aún muy limitado.

De todo lo expuesto anteriormente, me gustaría puntualizar la relevancia y el papel que juega el medio ambiente en el riesgo para la conducta violenta, pues es, desde mi punto de vista, nuestro mayor medio de actuación para prevenir la violencia.

Rasgos de personalidad que se relacionan con el riesgo de violencia

Como ya se mencionó, la personalidad también es un factor que puede jugar un papel importante en el riesgo de violencia. La personalidad se define como un conjunto de rasgos que predisponen la conducta de un individuo y que se forman a lo largo de la vida. Algunos autores han propuesto modelos neurobiológicos de la personalidad, y uno de ellos es el de Robert Cloninger. De acuerdo con este autor (16), la personalidad está compuesta por dos factores: el temperamento y el carácter. El temperamento lo describe como un factor que es altamente heredable y permanente en el individuo, mientras que el carácter lo describe como aquel factor que es determinado por el entorno del individuo y es modificable a lo largo de la vida. De tal forma que nuestra personalidad nuevamente apela al modelo multifactorial planteado previamente, donde se explica que se va formando a lo largo de nuestra vida por factores tanto genéticos como ambientales. Podemos entender, entonces, a la personalidad como nuestro arsenal de herramientas que nos permiten interactuar con el mundo y, de la misma forma, podemos desarrollar tanto rasgos adaptativos como no adaptativos. Los rasgos no adaptativos los denominamos hoy en día como trastornos de la personalidad. Cabe hacer mención que el hecho de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico o de personalidad se considera un factor de riesgo para la violencia; sin embargo, los que más se han vinculado al riesgo de violencia criminal son el trastorno de personalidad antisocial y la psicopatía. De acuerdo con Hare (17), es importante distinguir entre los rasgos de personalidad antisocial y de psicopatía, ya que constantemente se confunden y se diagnostican erróneamente.

Por un lado, el trastorno de personalidad antisocial se caracteriza principalmente por una tendencia a comportamientos que constantemente rompen reglas impuestas culturalmente, que pueden caer en lo legal o ilegal. Es decir, un individuo que roba, mata, engaña es claramente alguien con rasgos antisociales, pero alguien que hace trampa en un examen, maneja en estado de ebriedad o estafa a otras personas también tiene una tendencia hacia el comportamiento antisocial, pues, aunque muchos de

esos comportamientos no son ilegales, sí rompen reglas impuestas por nuestra sociedad (reglas morales). Desarrollar un patrón de conducta en el que constantemente se rompen reglas impuestas socialmente evidencia la clara relación con la tendencia criminal (y violenta).

Por otro lado, la psicopatía es un trastorno de la personalidad que engloba rasgos de la personalidad antisocial (como cometer delitos, romper reglas sociales constantemente) como parte de sus características. Pero, adicionalmente a las tendencias antisociales, como parte de este trastorno también se presentan otro tipo de rasgos, que Robert Hare llama el “factor interpersonal”. El factor interpersonal se refiere a características típicas de los psicópatas que hacen referencia a su procesamiento emocional y a su forma de relacionarse con los demás, como lo son: encanto superficial (que sean personas muy simpáticas y que nos generen confianza), mentirosos patológicos, falta de empatía, relaciones interpersonales con afecto superficial. Todas las características del factor interpersonal son parte del *modus operandi* de los psicópatas, pues les facilitan cometer delitos, engañar a otras personas, atraer y acercarse a sus presas. Al igual que en el caso de la personalidad antisocial, ésta combinación de rasgos también nos deja clara la mayor predisposición a cometer actos violentos y criminales (18).

Psicopatía y cultura

A lo largo de la historia de las sociedades siempre han existido personajes que han dejado huella por sus actos violentos, manipulativos, aterrizantes y despiadados. Esto nos indica que, con alta probabilidad, los psicópatas se encuentran en todas las sociedades, independientemente de su nivel de desarrollo económico. Debemos destacar que la forma en que nos hemos explicado esos comportamientos ha cambiado dependiendo del momento histórico en que eso ocurra, es decir, de nuestra cosmovisión en ese momento. Esto nos ha llevado a atribuir esos comportamientos a posesiones e influencias demoníacas, a la enfermedad mental, a la falta de moral o conciencia. Personajes como Hitler, Stalin, Mao Zedong e incluso mujeres como Erzsébet Báthory, la famosa condesa sangrienta,

han cometido actos atroces contra nuestras sociedades y nuestra moral, al grado que han dejado huella en la historia. De la misma manera que se mediatizan casos de asesinos en serie como Ted Bundy, Charles Manson, Jack el destripador o Juana Barraza “la mata viejitas”, hemos aprendido a identificar factores de riesgo ya descritos en la literatura actual que nos permiten entender, más no justificar, su comportamiento. Pareciera que una factor común en todas sus historias es un contexto violento, traumático o estresante; un ambiente que puede jugar un papel muy importante como “detonante” de sus actos violentos.

Por todo lo anterior, recientemente se ha puesto atención en la importancia que representa el ambiente, entendido como nuestra cultura, es decir, ese sistema de reglas que internalizamos desde pequeños, creando un sistema de valores moldeado por quienes nos rodean. Díaz Guerrero (19) definió la cultura como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que dicta las emociones, las ideas, las relaciones interpersonales y los roles sociales. Ese sistema también regula la forma de interacción dentro de los grupos (por ejemplo, la familia, los amigos y las estructuras institucionales, como las educativas y religiosas). Este aprendizaje cultural puede moldear la forma en que las personas perciben a los demás y a sí mismas (20), incluida la expresión de los rasgos de personalidad.

A través de las culturas podemos observar diferentes sistemas de valores y creencias que orientan el comportamiento de los humanos que los conforman. Algunos autores han sugerido algunas diferencias entre la cultura occidental y la oriental. Yang (21) descubrió que los estadounidenses tienden a orientarse más individualmente que los chinos. Este factor es de suma importancia para la influencia en el desarrollo de rasgos de personalidad del individuo, ya que aquellas que promueven valores individualistas son las que se asocian más al desarrollo de rasgos psicopáticos, pues si un humano crece en una sociedad que le promueve ver sólo por sí mismo, de esa misma forma tomará sus decisiones, mermando la empatía y promoviendo el egoísmo, e inclinándonos hacia los comportamientos antisociales. Es así que se ha reportado que en culturas que promueven valores más colectivistas (como las culturas orientales) tienen un índice menor de la expresión de rasgos psicopáticos en su sociedad (22).

¿Qué hacer para prevenir la violencia?

Con el paso del tiempo y la acumulación del entendimiento de la conducta humana se han hecho varios intentos por intervenir, es decir, darles algún tipo de tratamiento a poblaciones que tienen éstas características; sin embargo, nos hemos encontrado con resultados poco favorecedores, incluso contraproducentes en algunos casos. En la actualidad (y es bastante desolador) no contamos realmente con un tratamiento eficaz para tratar a personas que tienen rasgos psicopáticos muy marcados, trastorno de la personalidad antisocial o que cometen actos violentos de manera habitual, común y normalizada.

¿A qué se le atribuye ésta falta de eficacia por parte de nosotros los profesionales de la salud para estos casos? En mi opinión, parte de la problemática es una cuestión de “enfoque” de cómo concebimos a los trastornos mentales, ya que el modelo médico promueve que se tenga un diagnóstico y una “cura” o tratamiento para ayudar a las personas con “enfermedades”. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que una enfermedad mental no es equivalente a una enfermedad física, pues no es lo mismo estar deprimido que tener gripe. Estamos ante un problema que no se generó de la noche a la mañana, que no se debe únicamente a los genes que porta cada individuo, ni a su infancia, ni a sus habilidades para procesar la información o a su ambiente. Estamos ante un fenómeno verdaderamente complejo cuya composición es igual de difícil comprender. Hemos caído en el reduccionismo al pensar que si alguien tiene ciertas características genéticas, cerebrales, o vivió algún tipo de abuso en su infancia, automáticamente es la causa que explica su comportamiento. No podemos pensar que un humano funciona de esa manera. Si así fuera, todos tendríamos un destino escrito desde la infancia y, de cierta manera, desestimaríamos el famoso libre albedrío y nuestra capacidad de aprendizaje.

Todo eso nos ha creado una expectativa e idea errónea acerca de cómo una persona desarrolla problemas mentales o de personalidad. Pensamos que si alguien tiene depresión, es porque es débil o “no le echa suficientes ganas”, que si alguien tiene un trastorno de ansiedad, es un “exagerado” y sólo debe relajarse. Los trastornos mentales, incluyendo a los trastornos de personalidad, son, por definición, una condición que indica que quien lo

padece tiene muchas dificultades para controlar sus emociones, para manejar su conducta de forma más adaptativa y saludable. Es como tener VIH, lo que implica que la persona tiene mucha más tendencia a la enfermedad por las fallas en sus sistema inmune. Lo mismo pasa con los padecimientos mentales, comprometen nuestros sistemas cerebrales implicados en el autocontrol, la inhibición, la autoconciencia, la planeación y ejecución de nuestras propias acciones, sin olvidar que la aparición del trastorno se debe a una compleja interacción de factores, por lo que modificar cómo funciona el cerebro se vuelve una solución o tratamiento que no es fácil de implementar, aun en nuestros tiempos.

Además, debemos tratar y conceptualizar estas condiciones como una serie de rasgos que se forman y consolidan a lo largo del ciclo vital de un individuo, y el intento de cambiarlo drásticamente al momento de la adultez resulta prácticamente imposible. De ahí que, en lugar de enfocarnos en cambiar algo que ya es muy difícil de cambiar, la propuesta deba tomar otro enfoque y mirar hacia la prevención de la formación de dichos rasgos. Esto es, actuar antes de que se consoliden estos rasgos de personalidad, atender cada una de las “llamadas de atención en la infancia” que nos indiquen que puede haber alguna dificultad en algún niño o niña relacionado con su desarrollo emocional y trato hacia los demás. La intervención temprana es la mejor apuesta, pues sus cerebros en desarrollo aún son muy plásticos y facilitan el cambio de patrones de conducta hacia la adultez.

Entonces, nuestra área de actuación para la prevención es el medio ambiente, compuesto por nuestra cultura, nuestras creencias, nuestras relaciones interpersonales, académicas, familiares y amorosas. La prevención debe llevarse a cabo desde todas las aristas, desde los valores que promovemos dentro de nuestra casa y núcleo familiar, la educación en la escuela que no debe limitarse a lo académico. Hay que enseñarles a nuestros niños a gestionar sus emociones, a entenderlas, a saber comunicarlas y, sobre todo, aprender a gestionarlas de manera saludable.

Como sociedad, nos corresponde cambiar (todos) los paradigmas de creencias relacionadas con ideas como “llorar te hace débil”, “los hombres (incluso niños de sexo masculino) no deben llorar”, “las mujeres están locas por expresar sus emociones” o “son dramáticas y exageradas”, “hablar de nuestras emociones es incómodo, así que hay que evitarlo”. Adicional a

las ya bastante graves y arraigadas creencias en nuestra cultura mexicana relacionadas con la misoginia, el machismo, la justicia por nuestra propia mano, la desigualdad, el egoísmo y la individualidad, pues todo esto crea una serie de reglas y creencias culturales que nos inclinan a la violencia, a los prejuicios y a la falta de empatía.

Es importante comenzar a pensar que la prevención y el cambio social es tarea y responsabilidad de todos y cada uno de nosotros, ya que no vamos a lograr estos cambios dejándolo todo para los demás. Debemos hacernos cargo y no delegarlo a algunos, como los profesores en la escuela o el psicólogo en el consultorio. Todos, como seres humanos, tenemos la responsabilidad civil de hacerlo, propiciando conductas pro sociales, empáticas, anti violencia y colectivistas, que se reflejen en cada una de nuestras acciones, palabras y pensamientos. Sólo así lograremos generar un cambio en nuestro sistema social.

Referencias

1. Lazcano EC, Pérez C, Barrientos T. La violencia es una crisis de salud pública. México: Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. [citado 2024 jun 6]. Disponible en: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-violencia-es-una-crisis-de-salud-publica>
2. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2024 jun 6]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
3. Wormith SJ, Craig A, Hogue TE. An overview of violent behaviour from aggression to homicide: theory, research, and practice. En: Wormith SJ, Craig A, Hogue TE, editors. *The Wiley handbook of what works in violence risk management: theory, research and practice*. Hoboken (NJ): John Wiley and Sons; 2020. pp. 3-32.
4. National Institute of Child Health and Human Development. Sobre la neurociencia [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2019 oct 17 [citado 2024 jun 6]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/neuro/informacion>
5. Yuste Rojas, R. *Neuroderechos: Un viaje hacia la protección de lo que nos hace humanos*. Paidós, 2025.
6. Díaz Galván K. X. *Conducta violenta y sus bases biológicas: neuroimagen, neuropsicología y electrofisiología*. Tesis doctoral. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784264/Index.html>
7. Ostrosky F, Díaz K. Executive dysfunction in violent and criminal behavior. En: Ardila A, Fatima S, Rosselli M, editors. *Dysexecutive syndromes*. Suiza: Springer Nature; 2019. pp. 201-214.

8. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 3rd ed. Nueva York: Oxford University Press; 1995.
9. Stuss DT, Alexander MP. Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychol Res*. 2000;63(3):289–298.
10. Damasio A. *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Drakontos; 2003.
11. Jiménez M, Domínguez F. Cerebro y humor. En: Fernández Abascal E, compilador. *Emociones positivas*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.
12. Ramos J. Psicobiología del procesamiento emocional. En: Matute E. *Tendencias actuales de las neurociencias cognitivas*. 2a ed. México: Manual Moderno; 2012. pp. 11–32.
13. Decety J. The neuroevolution of empathy and caring for others: why it matters for morality. En: Decety J, Christen Y, editors. *New frontiers in social neuroscience*. Cham: Springer; 2014 [citado 2024]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-02904-7_8
14. Meloni M. The social brain meets the reactive genome: neuroscience, epigenetics and the new social biology. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2014 [citado 2024 jun 11];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2014.00309/full>
15. Ostrosky F, Decety J, Lozano A, Luján A, Pérez M, Munguía A, et al. Can psychopathy be prevented? Clinical, neuroimaging, and genetic data: an exploratory study. *Child Neuropsychol* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 10]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09297049.2023.2277396>
16. Sánchez M, Páez F, López J, Nicolini H. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Ment* [Internet]. 1996 [citado 2024 jun 10]. Disponible en: http://187.217.60.235/index.php/salud_mental/article/view/627/627
17. Hare R. Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. *Psychiatr Times* [Internet]. 1996 [citado 2024 jun 10];13(2). Disponible en: <https://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/hare1996.pdf>
18. Hare R. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatr Q* [Internet]. 1999 [citado 2024 jun 10];70(3):181–197.
19. Alarcón R. El legado psicológico de Rogelio Díaz-Guerrero. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2010 [citado 2024 jun 11];10(2). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000200016&lng=pt&tlng=es
20. Gherghel C, Takai J. Prosocial behavior and well-being in different cultures. *Bull Grad Sch Educ Hum Dev* [Internet]. 2019 [citado 2024 jun 11]; 66:17–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18999/nupsych.66.1.3>
21. Xueling Y, Zhang P, Zhao J, Wang J, Chen Y, Ding S, et al. Confucian culture still matters: the benefits of Zhongyong thinking (doctrine of the mean). *J Cross Cult Psychol* [Internet]. 2016 [citado 2024 jun 11]; 47. Disponible en: <https://nagoya.repo.nii.ac.jp/records/29997>
22. Shou Y, Lay SE, De Silva HS, Xyrakis N, Sellbom M. Sociocultural influences on psychopathy traits: a cross-national investigation. *J Pers Disord*. 2021;35(2):194–216.

7. Conflictos de conciencia en la medicina



PATRICIO JAVIER SANTILLÁN DOHERTY*
COMISIONADO NACIONAL DE BIOÉTICA

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.07>

Resumen

Este texto analiza la objeción de conciencia en el ámbito médico, entendiéndola no como un derecho absoluto, sino como un conflicto de intereses entre las convicciones del profesional de la salud y las necesidades del paciente. El autor sostiene que, aunque los valores personales son legítimos, constituyen intereses secundarios que no deben prevalecer sobre el deber primario de garantizar el derecho a la salud. Se revisan diversas posturas éticas y se favorece una tesis justificatoria que permite excepciones individuales, siempre que no se desampare al paciente ni se obstaculice el acceso a los servicios. Asimismo, se subraya la importancia de la transparencia y la rendición de cuentas para evitar que la moral privada derive en prácticas discriminatorias o negligentes.

El análisis incorpora la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la cual exige una regulación que equilibre la libertad de conciencia con la protección efectiva de los derechos humanos, como el derecho a decidir de mujeres y personas con capacidad de gestar. Finalmente, se plantea que el conflicto de conciencia puede ser bidireccional: en una sociedad democrática que impone restricciones para la provisión de ciertos servicios, el respeto a la conciencia debería aplicarse tanto a quienes se niegan a prestar el servicio como a quienes, por convicción ética, buscan proveerlo, lo que evidencia la necesidad de distinguir entre posturas morales y análisis éticos.

* Médico Cirujano. Profesor de Bioética en la carera de neurociencias de la Fac. de Medicina en la UNAM. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1782-2073>

Palabras clave: *conflicto de intereses, objeción de conciencia, negar servicios médicos por conciencia, conflicto de conciencia.*

El impacto de los conflictos de conciencia en el ámbito médico siempre ha sido una preocupación personal, ya que introducir factores secundarios a los quehaceres primarios en la medicina genera una interferencia importante con la actividad que se espera en la atención de la salud. Esta interferencia es deletérea a la relación que se establece entre pacientes y el personal de la atención de la salud, pues demerita la responsabilidad que se espera de estos últimos y mina la confianza de los primeros en el sistema. Con esto no estoy promoviendo la repoblación del personal de la atención de la salud con una especie de zombis² morales. Lo que merecen los pacientes son personal de la salud con sentido humano, preocupaciones, sentimientos y convicciones que les permitan entablar una relación adecuada (propiamente humana), pero que entiendan las necesidades de las o los pacientes y que sepan superar aquellas necesidades de su propia humanidad para poder atender las de las personas/pacientes con las que interactúan.

Esa preocupación personal tuvo su origen hace medio siglo cuando, estando en clase de bioética (sí, era parte de la agenda curricular desde entonces), surgió el cuestionamiento por parte de algún miembro del grupo que tomábamos clase sobre los programas de planificación familiar implementados por el gobierno federal en ese entonces.³ Algunos compañeros mostraban su preocupación al verse confrontados con ofrecer y prescribir o realizar modalidades de “control natal” que entraban en conflicto con lo que escuchaban en sus casas y que se reforzaba con sermones los fines de semana. A la pregunta expresa de qué hacer o cómo actuar, el profesor de bioética (que era un médico ordenado como sacerdote) daba una salida fácil y sin mayor explicación, simplemente había que declararse “objeto de conciencia” y todo estaba resuelto. ¿Así de fácil?, preguntábamos. Sí, así de fácil, sin mayor explicación.

Algo no me parecía bien en todo esto. Leí a Thoreau⁴ y me enteré de su estancia en la cárcel cuando rehusó cumplir con una obligación cívica (pagar sus impuestos) porque se gastaban en una guerra que le parecía inmoral (la de los Estados Unidos contra México en 1847). La idea de la desobediencia civil en contra de cuestiones gubernamentales o normativas que pudiesen

generar conflicto con nuestra forma de pensar, nuestras convicciones éticas o nuestros principios religiosos, sin duda es atractiva. Pero rechazar la provisión de un servicio de atención médica que quiere y requiere una persona-paciente me pareció algo distinto. ¿Es posible ponerse una capa mágica que nos torne invisibles para eximirnos de cumplir con el deber de proveer un servicio requerido de atención médica? ¿Y qué pasa con la persona-paciente que espera ese servicio requerido? ¿Qué importa que el paciente se las arregle como pueda, si al fin y al cabo la protección mágica de una capa nos inmuniza para cumplir con un objetivo reconocido de la profesión?”

Un conflicto (de intereses)

La decisión individual de un profesional de la medicina de abstenerse de realizar un acto médico científicamente validado, legalmente permitido y solicitado por el paciente, alegando una posible vulneración a su libertad de pensamiento, conciencia o religión —es decir, a sus principios morales o creencias—, responde a un interés personal que incluso puede ser reconocido como válido por el propio paciente. No obstante, esta decisión puede entrar en conflicto con las necesidades de quien solicita la atención, lo que genera una tensión ética que resulta fundamental saber cómo abordar.

Puede ser que un médico encuentre problemática una acción médica porque contraviene sus principios morales o religiosos (por ejemplo, tener que transfundir sangre a un paciente accidentado cuando su religión, la del médico, lo considera como algo pecaminoso). Thoreau ejerció un acto de desobediencia civil al ordenamiento de pagar sus impuestos defendiendo su postura moral, pero esto no afectó a nadie más que a él mismo al ser encarcelado. El médico, en cambio, aduciendo objeción de conciencia, trasgrede las necesidades y los derechos del paciente que requiere del acto médico (por ejemplo, una transfusión por hemorragia aguda). Así, el médico, al pretender defender su postura moral en contra de la exigencia que él siente que le “impone” su ejercicio profesional de transfundir sangre (acción que médica, moral y legalmente es totalmente aceptada), lastima los intereses de un paciente que espera de él su mejor actuar en aras de su beneficio.

Existen muchos casos en los que un profesional de la salud pudiera entrar en conflicto con consideraciones aceptadas desde un punto de vista biomédico, ético y legal, pero que, de manera personal, genera escrúpulos en la persona responsable de proveer el servicio o lidiar con dicha consideración (por ejemplo, aceptar los criterios encefálicos para determinar la pérdida de la vida de un ser humano según el artículo 343 de la Ley General de Salud, entre otros posibles).

Situaciones similares se presentan en el caso de mujeres que acuden a servicios de salud reproductiva para controlar su fertilidad —ya sea para evitar un embarazo o para lograrlo—, así como en casos de violencia sexual en los que buscan prevenir un embarazo, o cuando desean interrumpir uno no planeado, en el marco de los derechos reconocidos legalmente en la Ciudad de México y en diversas entidades del país. No obstante, puede ocurrir que el profesional de la salud invoque la objeción de conciencia para abstenerse de brindar la atención solicitada, lo que puede traducirse en una respuesta omisa frente a las necesidades de la paciente y generar tensiones relevantes en el ámbito ético y del acceso efectivo a los servicios de salud.

Resulta, entonces, que la objeción de conciencia genera un conflicto de intereses entre dos personas: la persona profesional de la salud y la persona-paciente. En el caso de la atención de la salud, la persona-profesional de la salud tiene la responsabilidad de otorgar un servicio; la otra, la que requiere el servicio, es la contraparte de la relación primordial que da sentido al actuar médico, la persona-paciente. Tanto la persona-paciente como la persona-personal de la salud tienen derechos.

La Declaración de los Derechos Humanos es aceptada como válida con un rango incluso constitucional en nuestro país. Dentro de las libertades y derechos que protege dicha declaración, se encuentran el derecho a la salud (art. 25), y el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art. 18). Por su parte, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos también establece tanto el derecho a la protección de la salud (Artículo 4) como la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión (Artículo 24). ¿Qué hacer cuando el personal de atención de la salud enarbola el artículo 24 constitucional (y el 18 de la Declaración de los Derechos Humanos) para incumplir su deber profesional ante el derecho

a la protección de la salud de una persona-paciente? Ésta es una pregunta recurrente que sigo tratando de contestar desde hace tiempo (5, 6). Gran parte del debate en torno a la objeción de conciencia en la atención de la salud se centra en la posible incompatibilidad entre el profesionalismo médico y la negativa de algunos profesionales a brindar la atención que las y los pacientes requieren en su mejor interés, cuando dicha negativa se fundamenta en creencias privadas, idiosincráticas y no verificables.

¿Qué hacemos en la medicina?

Las actividades médicas se dan siempre dentro del contexto de una relación que establece la persona-paciente con la persona profesional de la salud (su médica o médico) y debe pasar a través del análisis profundo de los objetivos de la medicina. Estos objetivos son: 1) preservar la salud y prevenir enfermedades; 2) curar, aliviar o controlar enfermedades; 3) acompañar/consolar al paciente; y 4) evitar las muertes prematuras e innecesarias y propiciar una muerte en paz.⁷ Las técnicas, procedimientos, maniobras y tratamientos que utiliza la medicina para lograr sus objetivos conforman la *lex artis* medica que deriva de la generación de conocimiento médico-científico, del valor humanístico que el gremio médico otorga a dicho conocimiento y de la aprobación que la sociedad le da a todo esto a través de la expedición de leyes, reglamentos y normas. Una paciente, entonces, espera recibir de su médico lo mejor de su conocimiento médico-científico, dentro de un contexto humanístico de respeto, empatía, confianza y bajo la luz aprobatoria de la ley (o, por lo menos, en ausencia de su prohibición).

Cabe recordar que esta relación paradigmática, la del paciente con su médico, se ve influida de manera importante por un poder desigual en favor del médico, quien, si no reflexiona sobre dicha situación, puede, de manera consciente o inconsciente, abusar del mismo e, indudablemente, afectar al paciente. Es por esto que la relación de los pacientes con sus médicos requiere del empoderamiento de los primeros para pasar de un sistema hipocrático-paternalista clásico a un sistema participativo en la toma de decisiones por parte del paciente a través del respeto a su autonomía, utilizando el conocimiento científico como herramienta insustituible de la práctica médica y tomando en cuenta la realidad pragmática de la economía

de la sociedad y las leyes establecidas para su regulación. En otras palabras, los factores reales que determinan y le dan validez al cuidado médico son: a) los deseos del paciente expresados voluntariamente (consentimiento informado); b) el conocimiento científico (la evidencia que sustenta las acciones que se toman en medicina); c) la distribución justa/equitativa de recursos finitos; y d) lo establecido por las leyes vigentes.

Tomando esto en cuenta, se entiende que los valores personales de un médico (o del resto del personal del sistema de salud) no establecen ni determinan el cuidado que se le debe a su paciente. No es que los profesionales de la salud no tengan valores personales (como se dijo anteriormente, no queremos zombies morales atendiendo pacientes), sino que, simplemente, los valores particulares son relevantes exclusivamente para el individuo, pero no determinan el cuidado médico que requieren los pacientes y que el médico tiene la responsabilidad de proveer. Un médico que antepone sus valores particulares por encima de las necesidades de un paciente no está cumpliendo cabalmente con el cuidado que debe proveer y no cumple tampoco con los objetivos de la medicina y, según muchos, comete entonces una transgresión ética.⁸

Finalmente, es importante reconocer que el personal de atención de la salud debe dirigir su energía intelectual al estudio continuo, a la transmisión del conocimiento, a la producción de nuevo conocimiento y a la valoración continua de lo ya conocido mediante metodologías científicas, cuidando la integridad del método utilizado (científico/clínico). Por otro lado, debe cuidar de su paciente de manera integral, en el sentido de verlo como un todo, como un fin en sí mismo y no como un medio para otros propósitos (a la manera del imperativo categórico kantiano) para poder hacer de lado el conflicto de intereses mencionado. En esto consiste lo que Ruy Pérez Tamayo presentaba como la “nueva” ética en las ciencias de la salud, y por ello exigía tanto el aspecto humanístico (aquel que se interesa por las humanidades) como el humanitario (tratar bien a sus congéneres) en el personal de atención de la salud; de eso se trata el humanismo en medicina: *“un médico culto es un mejor médico, pero no porque sea culto sino porque es un mejor ser humano”*.⁹

Además, la medicina es una actividad monopólica que no cualquiera puede realizar. Se requiere de lo ya mencionado, pero también de permisos

y certificaciones gremiales especiales que no los obtiene cualquiera (título, licencia, certificación, etc.). Estamos sometidos al escrutinio gremial y social. Esto confiere un mayor valor a la responsabilidad que tiene uno como profesional médico e implica un estatus especial de rendición de cuentas ante lo que la sociedad (las pacientes) esperan de nosotros. Traicionar esto por escrúpulos,¹⁰ sin considerar las necesidades de atención de la salud que originan me parece, a lo menos, pueril.

De lo anterior se desprende que la denominada objeción de conciencia puede entenderse como una forma de resistencia que solo se legitima cuando se ejerce como un acto ético que reconoce las necesidades de las personas pacientes y no las deja en estado de indefensión, en cumplimiento de los compromisos asumidos al ejercer la profesión médica. Por eso, en la mayoría de los países del mundo se ha adoptado la costumbre de recitar la Promesa del Médico, conocida como la Declaración de Ginebra al momento de graduarse, de la cual extraigo dos de sus doce principios (el 5º y el 12º):

- No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
- No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

Incurrir en estas prácticas contribuye a profundizar el desequilibrio de poder en la relación paciente-médico. Asimismo, además de considerar los intereses de la persona paciente, el profesional de la salud puede experimentar un conflicto entre su identidad como ciudadano y su identidad como portador de convicciones morales, ideológicas o religiosas: se trata de un auténtico conflicto de intereses.

La resolución de este tipo de tensiones suele plantearse en términos de priorizar una de estas “identidades” sobre la otra, es decir, de otorgar primacía a un interés frente a otro. En última instancia, se trata de una decisión de carácter ético.

¿Qué es el conflicto de intereses?

Sin duda, en la atención de la salud confluyen diversos intereses que, para su adecuada comprensión, deben alinearse con los objetivos fundamentales de la medicina previamente señalados. En este sentido, es posible identificar intereses que pueden considerarse primarios por su estrecha correspondencia con dichos objetivos: a) el bienestar de las personas pacientes, b) la calidad de la educación médica y c) la integridad de la investigación científica. Dado que la aplicación del conocimiento biomédico permite la atención de los pacientes, su adecuada transmisión resulta esencial, mientras que la generación de nuevos saberes y la evaluación continua de los ya establecidos posibilitan el cumplimiento de los fines de la medicina. De ahí que estos tres intereses se reconozcan como pilares fundamentales.

Por otro lado, es indudable que en la vida de quienes se dedican a la atención de la salud también intervienen otros intereses. Entre ellos, destaca la necesidad de obtener un sustento económico, por lo que la retribución financiera constituye un interés legítimo y justo. Asimismo, la posibilidad de alcanzar desarrollo profesional y reconocimiento por los logros obtenidos —en un contexto meritocrático donde aspirar a roles como docente, investigador o directivo es válido— forma parte de dichas motivaciones.

De igual manera, la inclinación a favorecer o ayudar a personas cercanas, como familiares o amistades, dentro del ámbito de la atención sanitaria puede considerarse comprensible. Finalmente, como se ha señalado, las convicciones éticas, políticas, de conciencia moral o religiosas constituyen dimensiones legítimas e incluso esperables en los profesionales de la salud. En este sentido, no se busca la formación de sujetos desprovistos de reflexión, sino de personas que ejerzan su práctica desde una perspectiva humanista y comprometida con el bienestar de los demás.

Estos intereses legítimos para cualquier persona constituyen intereses secundarios en la medicina y la atención de la salud, ya que atañen a la persona, pero no a la profesión de la salud ni al paciente. Por eso, el

quinto precepto de la Declaración de Ginebra señala cuestiones que no deben interferir con la atención que debemos a las personas-pacientes, y se convierte en un compromiso del cual somos responsables. Distinguir entre intereses primarios e intereses secundarios es importante, ya que permite entender la definición que se hace del conflicto de intereses como una serie de circunstancias que generan el riesgo de que el juicio o la acción profesional sobre un interés primario, pudiera ser excesivamente influenciado por un interés secundario.¹²

En otras palabras, las convicciones éticas, morales o religiosas pueden introducir —o potencialmente introducir— sesgos en la toma de decisiones y en la práctica médica, lo que exige mecanismos claros para su manejo. Una respuesta adecuada consiste en promover acciones de apertura y transparencia que hagan explícita la existencia de un posible conflicto, con el fin de evitar que la persona paciente se vea afectada negativamente. En este sentido, la decisión de abstenerse de prestar un servicio por motivos de conciencia constituye un acto ético que implica responsabilidades. Entre ellas, destaca la obligación de emitir declaraciones anticipadas a las personas involucradas en la atención —pacientes, personal médico y las propias instituciones de salud—, de modo que estén informadas sobre la posible situación de conflicto y puedan tomar decisiones de manera oportuna y adecuada. Este proceso corresponde a la práctica de la declaración de conflicto de intereses, basada en principios de divulgación, apertura y transparencia (*disclosure*, en inglés).¹³

Kraus¹⁴ ve el asunto como una cuestión de lealtad médica al escribir lo siguiente: “...sin lealtad al enfermo la medicina no es medicina. Cuando se tuercen las prioridades y la fidelidad se enfoca hacia centros hospitalarios, laboratorios clínicos, gabinetes radiológicos o colegas,¹⁵ la ética médica, espacio, fundamental, se queda entredicho...”. Es, por lo tanto, un conflicto de conciencia y requiere de una respuesta bioética clara.

Posturas sobre cómo tratar un conflicto de conciencia en la medicina

Sin duda, invocar la objeción de conciencia para incumplir con la prestación de un servicio de salud dista de ser un acto simple; no basta con recurrir a

ella como si se tratara de una “capa mágica” que permita evadir responsabilidades y dejar de brindar la atención correspondiente.

Existen tres posibles posturas ante la objeción de conciencia: aceptarla, no aceptarla o justificarla. La primera postura, la aceptación, asume la tesis de la integridad donde se establece la objeción de conciencia como un “derecho absoluto”; un absolutismo de conciencia donde los proveedores de servicios de salud deben ser eximidos de realizar cualquier acción contraria a sus creencias morales o religiosas. Esta postura soslaya el respeto al paciente (dignidad y autonomía), incumple con el principio de beneficencia/no maleficencia y desacata los objetivos de la medicina. Finalmente, interfiere con la atención que requiere una paciente al utilizar la objeción como una táctica obstruccionista y de boicot moral. La aprobación, en mayo de 2018, del artículo 10 Bis de la Ley General de Salud¹⁷ representó un riesgo significativo para un sistema de atención de la salud ya de por sí deficitario, altamente heterogéneo y con serias dificultades de acceso. Esta disposición se sustenta en una postura de corte integrista, al establecer que “...el personal médico o de enfermería podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de los servicios que establece esta Ley”.¹⁸

La segunda postura implica no aceptar la validez de la objeción de conciencia en la medicina, ya que la juzga como incongruente con las obligaciones profesionales de los médicos en cuanto al cumplimiento de las necesidades de sus pacientes; es la tesis de incompatibilidad. Ésta considera que si un médico tiene problemas morales para realizar su actividad de acuerdo a la *lex artis medica*, entonces dicho profesional no cumple con sus obligaciones y debería ejercer su objeción antes de decidir el área de especialidad que quiere practicar para evitarse este tipo de dilemas.¹⁹ Después de todo, el acceso a carreras universitarias como la medicina, y posteriormente a determinadas especialidades —por ejemplo, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres—, es resultado de una elección voluntaria. En este sentido, si una persona no cuenta con la disposición moral para ofrecer la totalidad de los servicios que su profesión o especialidad exige, sería preferible que no optara por ese camino. En esta línea, Schuklenk señala que las demandas de quienes invocan la objeción de conciencia en la atención de la salud resultan motivo de seria preocupación porque: “...los profesionales de la atención de la salud

ingresan voluntariamente a sus profesiones y se convierten en proveedores monopólicos de los servicios que otorgan, por lo que el rechazo a proveer servicios profesionales con base en argumentos no-profesionales deviene en una conducta no profesional”.²⁰

La tercera postura se deriva de una tesis justificatoria que admite la posible incorporación de la objeción de conciencia dentro del sistema médico. No obstante, su ejercicio se condiciona a una justificación exhaustiva de su relevancia para el agente moral —es decir, el profesional de la salud que presenta objeciones frente a la realización de un servicio específico—, en equilibrio con el respeto al derecho de la persona paciente a recibir una atención médica adecuada, oportuna y de calidad, que salvaguarde su autonomía y dignidad, y que procure el mayor beneficio con el menor riesgo posible.

En este sentido, Fernández-Lynch sostiene que la falta de profesionalismo puede prevenirse, aunque ello exige una responsabilidad ética que debe construirse mediante acuerdos entre las partes involucradas: “ninguna parte obtiene la solución ideal —es el precio de evitar la rigidez de una solución con desenlace dicotómico de ganador-perdedor— ... todos somos ganadores particularmente si, de manera simultánea, podemos permitir que pacientes obtengan los servicios médicos que requieren y quieren, mientras que se preserva la integridad de la profesión médica.”²¹ Esto implica una presión grave al sistema médico público, ya que se podría pensar que los hospitales deben responsabilizarse por contratar personal “no objetor” para suplir la falta de actividad de aquellos que objetan (en nuestro país la tasa de médicos por 1 000 habitantes es la segunda más baja de los países incluidos en la OCDE). Cuando la responsabilidad recae principalmente en el profesional que presenta un conflicto de intereses, es esta persona quien debe solicitar una exención respecto de aquellas atenciones que está obligada a proporcionar en virtud de su responsabilidad médica adquirida, pero que le generan conflictos de índole moral, religiosa o ideológica.

Tanto la postura integrista —que defiende la admisibilidad absoluta de la objeción de conciencia— como la postura incompatibilista —que niega toda posibilidad de su aceptación— resultan excesivamente rígidas. La primera tiende a consolidar un derecho incuestionable, mientras que la segunda descarta por completo la consideración de los valores y convicciones de los

profesionales de la salud. La postura absolutista termina por sustentarse en creencias privadas, idiosincráticas y no comprobables, sin tomar en cuenta la afectación que puede tener en terceros interesados en recibir un servicio de salud. La postura de incompatibilidad absoluta con el profesionalismo médico sugiere, de manera extrema, la existencia de profesionales de la salud como “zombis amorales”.

En este contexto, la tesis justificatoria parece ofrecer un enfoque más racional y equilibrado para abordar la situación, al buscar compatibilizar el respeto por las convicciones morales o religiosas de los profesionales de la salud con la garantía de los servicios que las personas pacientes pueden requerir. Esto resulta especialmente relevante en sistemas de salud que, de manera estructural, presentan heterogeneidad en términos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, como ocurre en nuestro país, a pesar de los esfuerzos orientados a reducir dichas desigualdades.

El artículo 10 Bis, la CNDH y la Suprema Corte de la Nación

La regulación de la objeción de conciencia constituye un tema complejo y aún no resuelto en el ámbito internacional. Su aplicación podría generar un impacto negativo en la atención de la salud, particularmente en áreas como la salud sexual y reproductiva, así como en el cuidado de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en etapas avanzadas, quienes requieren una atención orientada a la dignidad, el alivio del dolor y la reducción del sufrimiento. En este contexto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos promovió la acción de inconstitucionalidad 54/2018 ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación en contra del referido artículo. La disposición impugnada planteaba una objeción de conciencia de carácter absoluto, al permitir la negativa a prestar servicios de salud sin exigir justificación alguna ni establecer salvaguardas para la protección de los derechos de las personas pacientes.

La Suprema Corte estableció que: “...al resultar fundada la presente acción de inconstitucionalidad, esta Corte declara la invalidez del artículo 10 Bis de la LGS, debido a que contiene una regulación deficiente de la

objeción de conciencia en materia sanitaria.”²³ En el extracto de la sentencia establece como razones para la objeción de conciencia:

[...] no es una restricción del derecho a la salud, ni un derecho fundamental de carácter autónomo creado en la LGS por el legislador federal, sino una forma de concreción o materialización del derecho de libertad religiosa, ideológica y de conciencia. Su ejercicio no puede ser absoluto e ilimitado por la concurrencia de bienes jurídicos dignos de especial protección, como lo son el respeto a los derechos fundamentales de otras personas, la salubridad general, la prohibición de discriminación, la lealtad constitucional, el principio democrático y, en general, todos los principios y valores que proclama la CPEUM. La objeción de conciencia en ninguna circunstancia puede tener como resultado la denegación de los servicios de salud a las personas que acuden a las instituciones sanitarias, y tampoco será válida para los casos en que la negativa o postergación del servicio implique un riesgo para la salud o la agravación de ese riesgo, ni cuando pueda producir daños a la salud, secuelas o discapacidades de cualquier forma.²⁴

El sentido general de la resolución menciona una regulación de la objeción de conciencia bajo un concepto justificatorio estricto y exhorta al Congreso de la Unión para que, en el ámbito de sus competencias, tome en cuenta como requisitos mínimos los lineamientos y estándares de validez que señala la sentencia (cuadro 7.1).

Si bien es correcto que la sentencia de la Corte presente lineamientos y estándares que propone como requisitos mínimos, es importante comentar preocupaciones de la implementación de algunos de ellos. La mayoría se encuentran resumidos en el cuadro 1; sin embargo, es pertinente profundizar un poco en algunos puntos que se argumentan frecuentemente en el discurso público.

Referirse a un derecho vs una acción individual (acto ético)

Como se mencionó anteriormente, la Corte establece que no se trata de un “derecho absoluto” sino que debe considerar la concurrencia con “otros bienes

jurídicos dignos de especial protección”; sin embargo, el documento de la sentencia de la Corte utiliza de manera intercambiable la objeción de conciencia como un derecho o como una práctica o acción. Los mismos profesionales de la medicina, casi de manera automática, hablan de un “derecho a la objeción de conciencia”, nunca como un acto ético derivado de las libertades de pensamiento, religión y convicciones éticas que la Constitución otorga.²⁵ La objeción de conciencia puede considerarse un derecho *prima facie*, es decir, un derecho que en principio puede ejercerse a primera vista, siempre que no entre en conflicto con otros derechos de igual o mayor relevancia. En este sentido, diversas propuestas de reforma legal que buscan incorporar la objeción de conciencia suelen definirla como “un derecho a”. En contraste, la definición adoptada por la CONBIOÉTICA ha optado por considerarla como un acto ético, subrayando así su dimensión de responsabilidad profesional, más allá de su formulación estrictamente jurídica:

[...] es la excepción individual que solicita el personal profesional médico y de enfermería, dentro del ámbito de sus competencias, para excusarse de realizar un acto médico en el que está directamente involucrado, que cuenta con sustento científico, legalmente aprobado y jurídicamente exigible, al considerarlo incompatible con sus convicciones éticas, religiosas o morales sin menoscabo al derecho a la atención de la salud de la persona cuya necesidad genera el acto objetado.²⁶

Consideramos que referirse a dicho acto ético como un “derecho” e intentar incorporarlo como tal en una ley produce un efecto performativo que desplaza su carácter *prima facie* hacia una concepción de tipo absolutista. Esto dificulta la comprensión de su naturaleza justificatoria y puede limitar el ejercicio de reflexión sobre las consecuencias que una exención en la atención de la salud tiene para las necesidades de la persona paciente, a quien se decide no atender en función de valores o creencias personales. En este sentido, la exención solicitada suele percibirse como un “derecho” en sí mismo, y no como un derecho *prima facie* sujeto a ponderación. Ello puede llevar a interpretarlo como una suerte de protección automática que exime de toda responsabilidad, sin considerar adecuadamente las obligaciones profesionales involucradas.

Iniciar la definición de la objeción de conciencia en reformas legislativas con el término “derecho” produce un efecto performativo que puede transformar un acto ético condicionado en una suerte de “capa mágica”. Si bien su inclusión en normas y regulaciones ya establece la posibilidad de su ejercicio, siempre que se cumplan las condiciones previstas por la ley, añadir explícitamente la categoría de “derecho” en su definición puede reforzar una interpretación absolutista de la figura y dificultar su aplicación adecuada y responsable.

El falso dilema de tener personal “objedor” y “no objedor”

Tanto la Constitución de nuestro país como la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconocen y protegen el derecho a la libertad de pensamiento, convicciones éticas y religiosas. En una sociedad democrática, todas las personas, en su calidad de ciudadanos, poseen posturas ideológicas, morales, éticas y religiosas diversas. Sin embargo, ello no implica automáticamente que se trate de “objedores” o “no objedores” de conciencia.

Como se ha señalado previamente, la objeción de conciencia consiste en la excepción a la obligación de realizar una acción de atención en salud médicamente indicada, la cual el paciente tiene derecho a recibir y el profesional de la salud a proveer. En este sentido, quien solicite dicha exención debido a que sus convicciones éticas, ideológicas o religiosas le generan conflictos o escrúpulos debe reflexionar si realmente se encuentra en una posición de poder cumplir con la totalidad de las obligaciones inherentes a su práctica profesional. En otras palabras, no es equivalente tener convicciones personales a encontrarse en una situación legítima para ejercer la objeción de conciencia. Por ejemplo, en el caso de una mujer que solicita un servicio de interrupción legal del embarazo, únicamente los profesionales de la salud especializados en el área correspondiente —como gineco-obstetras, especialistas en biología de la reproducción o personal médico o de enfermería debidamente capacitado— serían, en principio, quienes podrían plantear la objeción de conciencia, al estar directamente involucrados en la provisión del servicio.

El resto del personal de una clínica, hospital o institución médica no puede considerarse objetor, ya que no tiene la obligación de proveer la atención solicitada. Por supuesto, estas personas conservan sus convicciones ideológicas, éticas, morales o religiosas, a las cuales tienen pleno derecho; sin embargo, ello no las convierte en personal “objetor”, puesto que no están en posición de prestar ese servicio ni cuentan necesariamente con la capacitación para hacerlo. De hecho, asumir una intervención para la cual no se está competente podría constituir una falta profesional grave. En este sentido, la categoría de “objetor” no debe utilizarse para clasificar al conjunto del personal de salud. Si se preguntara a los miembros de una institución su postura frente a un caso de aborto seguro, las respuestas reflejarían posiciones personales a favor o en contra, pero no necesariamente una condición de objetores o no objetores. Quienes no tienen la responsabilidad profesional de proveer dicho servicio no son “objetores” ni “no objetores”, sino personas con opiniones o convicciones al respecto.

Por otra parte, el hecho de que un profesional de la salud se identifique como “no objetor” tampoco implica automáticamente que esté habilitado para realizar el procedimiento. Su realización depende exclusivamente de la capacitación, competencia y autorización profesional correspondiente. En caso contrario, su ejecución constituiría una falta ética y profesional sancionable, incluso si el profesional estuviera de acuerdo con el procedimiento. Por estas razones, solo los profesionales de la salud debidamente capacitados para la atención requerida son quienes tienen la responsabilidad profesional y legal de proporcionar el servicio y, en consecuencia, quienes eventualmente podrían encontrarse en la posición de rechazar su realización por motivos de conciencia o escrúpulos personales.

En cambio, aquellos profesionales que no están capacitados para dicho procedimiento —por ejemplo, en el caso del aborto seguro, pediatras, neumólogos, cardiólogos, neurólogos, ortopedistas, epidemiólogos, radiólogos, entre múltiples otras especialidades— no deben ni pueden proporcionar ese servicio. Sus convicciones personales pueden llevarlos a estar a favor o en contra de su realización, pero ello no los convierte en “objetores” ni “no objetores”.

En este sentido, resulta incorrecto pretender clasificar al personal de salud bajo dicha distinción, ya que ello reduce un conjunto profesional

diverso a una simple toma de postura moral frente a un único tema, cuando en realidad existen múltiples ámbitos éticos y clínicos en los que tales convicciones pueden variar considerablemente.

***La OC requiere de un proceso
de apertura y transparencia***

Quienes tienen la obligación de evaluar sus convicciones y creencias en contraste con las exigencias de su área de especialización y con las necesidades de las y los pacientes son los profesionales de la salud que se encuentran directamente involucrados en la provisión del servicio. En estos casos, deben reconocer la posible existencia de un conflicto de intereses y hacerlo explícito de manera transparente, en primer lugar ante la persona paciente, pero también ante sus colegas —quienes eventualmente deberán asumir la atención no realizada— y ante las autoridades institucionales.

Desde esta perspectiva, la idea de cuantificar “cuánto personal objetor y no objetor existe” en un hospital, una clínica o en el sistema de salud en su conjunto resulta un planteamiento limitado. Lo central no es la clasificación del personal, sino la responsabilidad profesional ante un acto médico específico. Frente a una intervención determinada —como el aborto seguro, entre otros ejemplos posibles— corresponde al profesional capacitado evaluar si sus convicciones personales le generan una objeción tal que le impidan realizarla, en cuyo caso debe solicitar la exención correspondiente como expresión de un conflicto de intereses. Es ese mismo profesional quien debe declarar dicha situación y participar en su adecuada resolución, procurando en todo momento no afectar el acceso oportuno a la atención requerida por la persona paciente. En este sentido, distintos criterios judiciales han señalado que, en casos de urgencia médica o cuando una negativa implique un retraso que ponga en riesgo la vida o la función, o cuando la referencia a otro profesional sea inviable en tiempo y forma, la obligación de garantizar la atención recae en el propio profesional responsable.

Si bien en contextos urbanos este tipo de situaciones puede resolverse con mayor facilidad debido a la disponibilidad de servicios, en localidades pequeñas o geográficamente aisladas puede representar un desafío significativo para el acceso efectivo a la atención de salud.

Cambios nacionales, cambios internacionales

Nuestro país ha ido evolucionando en cuanto a la aparición de distintos derechos de atención de la salud. El aborto seguro es uno de estos casos, aunque su acceso aún no se encuentra implementado de manera homogénea en todo el país. En poco más de la mitad de las entidades federativas, el acceso a este servicio se regula de forma desigual, tanto en lo que respecta a las causales permitidas como a su aplicación práctica. No obstante, en alrededor de veintitrés estados ya se ha legislado el reconocimiento del derecho de las mujeres a acceder a la interrupción del embarazo de manera voluntaria hasta las 12 semanas de gestación. Asimismo, en todo el país se reconoce el derecho a acceder a un aborto seguro en casos de embarazo resultante de violación; sin embargo, en la práctica este acceso suele verse obstaculizado por la negativa de algunos profesionales de la salud que invocan la objeción de conciencia, sin considerar que dicha negativa puede derivar en la falta de alternativas efectivas para la atención de las pacientes.

Lamentablemente, este panorama no es estático y puede modificarse. Basta observar lo ocurrido en Estados Unidos tras la anulación, por parte de la Suprema Corte, del precedente del caso *Roe v. Wade*, que había garantizado el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción y el acceso al aborto seguro. En una publicación reciente,²⁸ Fox revisa el impacto de esta decisión en el ámbito nacional estadounidense y menciona que:

[...] de los 33 estados que protegen contra demandas de negligencia médica a quienes rehúsan por conciencia, solamente 8 estados les protege siempre y cuando hayan advertido a sus pacientes que rechazarían proveer el servicio (nota del autor: de aborto seguro) [...] y de estos, solo dos estados requieren del personal que rehúsa el que refieran a sus pacientes con un profesional que provea el servicio o bien un lugar dónde acudir a recibirlo.²⁹

Como se observa, en la mayoría de los estados se otorga una protección amplia a quienes deciden rehusarse a proveer servicios de aborto seguro, sin que necesariamente se exija una justificación detallada. Esta situación puede dar lugar a la percepción de que, en algunos casos, se

prioriza la posibilidad de restringir el acceso al servicio por encima de las necesidades de las personas pacientes. En su artículo, Fox inicia con un epílogo donde dice:

El régimen de conciencia en los EUA se encuentra roto. Personal médico o de enfermería que, por razones de conciencia niegan cuidado o atención a los pacientes, recibe un escudo protector contra demandas, despidos, o enjuiciamiento –aún y cuando no informan a sus pacientes sobre sus opciones. Por otro lado, no hay el mismo trato para el personal que, con las mismas razones morales, proveen servicios que su hospital o su estado tiene como restringido (prohibidos). Esta asimetría castiga selectivamente a los proveedores y empuja a los pacientes a la clandestinidad.

Se trata de una problemática que refleja con claridad tensiones derivadas de disputas ideológicas, diferencias en las concepciones morales, integristas de carácter religioso e incluso procesos de polarización política. En esta línea, Veatch sostiene que la determinación unilateral por parte de los profesionales de la salud acerca de qué servicios son moralmente aceptables equivale a “decisiones colegiadas que reclaman ser la última fuente de las normas porque ellos inventaron las reglas”.³⁰ Como suele decirse de manera coloquial, en nuestro país no estamos exentos de dinámicas similares, y existen ejemplos de conductas análogas en distintos ámbitos institucionales y académicos, las cuales invitan a reflexionar sobre cómo las luchas ideológicas también se manifiestan en otros contextos.³¹

Por otra parte, algunos autores han señalado que, cuando se introducen restricciones a las guías generales —como en el caso de la objeción de conciencia— respecto de las obligaciones de los profesionales de la salud, la resolución de los conflictos puede resultar insuficiente si no existe un consenso claro sobre los principios que deben prevalecer. En este sentido, Daniels plantea que es necesario establecer límites mediante procedimientos justos, que incluyan mecanismos de rendición de cuentas por parte de quienes toman las decisiones finales.³³

Parafraseando al mismo autor, se trata de alcanzar acuerdos que permitan aceptar desacuerdos razonables, dentro de un marco de responsabilidad y justificación pública de las decisiones (lo que él llama “rendición de

cuentas para la razonabilidad”). No obstante, este proceso debe partir de una filosofía de apertura frente a los conflictos de intereses que surgen cotidianamente en el ámbito hospitalario.

Un camino de doble sentido

Como ya se mencionó, México ha mostrado un avance en los derechos de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Pero ese tema no es el único que produce escrúpulos que ameritan querer rechazar la provisión de un servicio de salud. Hay otros temas, uno de los cuales no se puede tomar en cuenta porque aún constituye un delito: la eutanasia o la asistencia médica para morir. De acuerdo con encuestas realizadas, el 70% de la población está en favor de esa posibilidad para una terminación de la vida de forma digna.³³ Muchos médicos han sentido la necesidad de ayudar a sus pacientes a terminar una existencia que ya no vale la pena continuar. Algunos lo han hecho de manera subrepticia. Podríamos decir que, al verse enfrentados con la problemática de sus pacientes y verse imposibilitados de ayudarles por ordenamiento legal, han realizado un ejercicio reflexivo y han optado por ir en contra de la norma, ya que sus convicciones éticas se ven afectadas. Han ejercido una objeción de conciencia, pero no para rechazar una atención escrupulosa sino lo contrario, para proveer el servicio cuya falta les produce también escrúpulos. ¿Qué pensara el lector si esta provisión de servicio se hiciera pública de alguna forma? ¿Qué cree el lector que la autoridad diga cuando el médico involucrado argumente el ejercicio de una objeción de conciencia como la razón para haber ayudado a su paciente? ¿Tendrá la autoridad la misma consideración que ofrece para aquellos profesionales que rechazan hacer un aborto aduciendo el ejercicio de la objeción de conciencia? Nuevamente retomo a Fox y su escrito del *Harvard Law Review*, quien advierte que:

[...] del aborto a la ayuda-para-morir, de los bloqueadores de la pubertad a las terapias de conversión, de los opioides a la ivermectina. Algunas leyes permiten; otras, prohíben. Algunas son seguras, otras son baratas. Otras caen dentro de la norma médica, más que empujar sus fronteras. Estas particularidades importan. De la misma forma en que la provisión por

conciencia honra los deseos de las personas-pacientes, mientras que el rechazo por conciencia los anula. Un sistema de principios protegería menos a los rechazadores y más a los proveedores. Las excepciones por conciencia demandan apertura clara y balances compensatorios significativos: tanto para apuntalar el acceso para los pacientes como para distanciar a las instituciones de prácticas a las que se oponen. Para violaciones criminales o civiles la conciencia debe ser, a lo mucho, una excusa parcial. Así, no habrá un capote de inmunidad para la mala práctica ni para el abandono. Una defensa, para los proveedores también, mitigará castigos por ofrecer cuidados y tratamientos razonables. La larga y lenta ebullición entre la ley y la medicina ha llegado a un punto de derrame. El alivio requiere equipar a nuestra diversa sociedad y a la dinámica profesión de la salud con material para navegar las controversias de nuestro tiempo y adaptarnos al cambio desde dentro.³⁴

Considero que este planteamiento constituye un llamado de atención relevante que, como país, no debe pasarse por alto. En el supuesto de que se consolide una normativa sobre la objeción de conciencia —como se ha previsto—, esta debería concebirla como un acto ético que permita a los profesionales de la salud, con base en sus convicciones personales, abstenerse de prestar servicios médicamente indicados y solicitados por las personas pacientes. No obstante, dicha regulación también tendría que reconocer, en condiciones de simetría, la posibilidad de que la objeción de conciencia opere en sentido inverso; es decir, como fundamento para que ciertos profesionales decidan brindar servicios en virtud de sus convicciones personales, incluso en contextos donde estos enfrentan restricciones normativas o sociales. En este sentido, una tesis justificatoria de la objeción de conciencia debería aplicarse tanto al rechazo como a la provisión de servicios, configurándose así como un mecanismo bidireccional.

La cuestión de fondo es si estamos en condiciones de comprender y aceptar esta doble dimensión. Existen razones para el escepticismo: por un lado, históricamente la objeción de conciencia se ha interpretado principalmente como un recurso para negar servicios; por otro, en un sistema de salud heterogéneo y altamente regulado, resulta difícil prever la aceptación de su dimensión positiva, es decir, aquella que implicaría

autorizar la provisión de servicios no plenamente reconocidos o permitidos. Esta tensión, además, no es exclusiva de nuestro contexto, sino que se observa también en otros sistemas de salud.

No se propone, en modo alguno, que el gremio de la salud desacate las normas de manera arbitraria. Como se señaló al inicio, resulta indeseable concebir a los profesionales de la salud como sujetos carentes de reflexión moral. Por el contrario, lo deseable es que quienes ejercen en este ámbito conserven y defiendan su dimensión humana —tanto humanística como humanitaria—, aplicando los conocimientos biomédicos necesarios para resolver los problemas que se presentan cotidianamente de manera eficiente, eficaz, benéfica, sin causar daño, y con criterios de equidad y justicia para quienes requieren atención. En este sentido, el punto de partida debe ser siempre la persona paciente. Cuando surja un conflicto de intereses, corresponde realizar una reflexión ética profunda que permita identificar alternativas sin afectar sus necesidades. Se asume que los profesionales de la salud cuentan con las capacidades intelectuales y éticas para buscar soluciones que armonicen los distintos intereses en juego.

No se trata, por tanto, de eludir la normatividad, sino de procurar que esta tenga un fundamento sólido en principios bioéticos y en el respeto a los derechos humanos —incluyendo la perspectiva de género y el interés superior de la niñez, entre otros—, en lugar de responder únicamente a la imposición de una visión moral particular.

Ante la problemática generada en Estados Unidos tras el caso *Dobbs*³⁵, la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* publicó una editorial en la que exhorta a los profesionales de la salud a resistir las restricciones estatales que pudieran implementarse —lo cual ocurrió casi de manera inmediata— y a ejercer la mejor medicina basada en evidencia, aun cuando ello implicara enfrentar sanciones como multas, suspensiones o incluso posibles penas de encarcelamiento.³⁶

Se trata, sin duda, de una postura difícil de sostener frente al impacto que representa un cambio jurisprudencial de tal magnitud. En nuestro país se han observado avances en el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir; sin embargo, el ejemplo del país vecino muestra que estos logros no son irreversibles. Ello abre la interrogante sobre si, en un escenario adverso, podría considerarse la objeción de conciencia como fundamento

para que profesionales de la salud continúen brindando servicios como el aborto seguro, en atención a sus convicciones éticas.

A manera de corolario

Termino con dos citas sobre un mismo problema:

Cuando el profesional de la medicina se convierte en un mero técnico bio-médico cuyo papel es nunca preguntar “por qué” en un sentido moral, la medicina entra en terrenos peligrosos.³⁷

La puerta de una medicina “basada en valores” es la puerta de una caja de Pandora llena de una medicina idiosincrática, fanática y discriminatoria.³⁸

Se trata, en efecto, de lados opuestos de una misma moneda. ¿Cómo resolver este dilema? Esa ha sido la pregunta central que ha guiado el presente escrito, cuyos argumentos probablemente resulten incómodos para ambas posturas. La solución, sin duda, no es sencilla. En este punto, resulta pertinente retomar a Fernández-Lynch:

La conciencia a menudo se entromete en el proceso de decisión bioética, ya que las opciones con frecuencia generan preguntas de profunda relevancia sobre la vida y la muerte, sobre dios y la ciencia, la tradición y la tecnología. Para complicar más el asunto, médicos y pacientes pueden tener amplias disparidades sobre estos asuntos, pero solo un camino o curso de acción puede ser tomado el cual muchas veces no puede ser revertido y que puede tener efectos duraderos para ambos participantes.³⁹

Por estas razones, algunos consideran difícil aceptar que la conciencia de un médico deba contar con una protección formal, mientras que otros sostienen que dicha protección es indispensable. En diversos países, particularmente en Norteamérica, se han establecido normativas o estatutos que permiten el rechazo de servicios por motivos de conciencia. Sin embargo, estas disposiciones no ofrecen una protección equivalente para quienes, guiados por sus convicciones, deciden brindar servicios que han sido restringidos o criminalizados a partir de reformas legales posteriores.

Una legislación que protege de manera amplia el rechazo a la provisión de servicios de salud por motivos de conciencia tiende a no abordar el problema como un conflicto de intereses que requiere una solución equilibrada, en la que ambas partes sean consideradas, sin que ello implique, en ningún caso, afectar a las personas pacientes. Estas posturas suelen derivar de concebir la objeción de conciencia como un derecho humano que debe ser defendido principalmente a través de la negativa a actuar.⁴⁰ De ahí que existan múltiples propuestas normativas orientadas a proteger al personal de salud —no solo médicos, sino también profesionales de enfermería, farmacia, química clínica, entre otros—.

Alcanzar consensos en este ámbito resulta complejo; no obstante, es indispensable establecer mecanismos que prioricen, en primer término, las necesidades de las personas pacientes y, a partir de ello, busquen salvaguardar de la mejor manera posible los intereses de conciencia del personal de salud. En este equilibrio, la mayor responsabilidad recae en quien pretende excusarse de proporcionar un servicio que forma parte de sus obligaciones profesionales.

Adenda de carácter reflexivo: en un estado que permita el acceso al aborto seguro únicamente hasta la sexta semana —como se ha planteado en algunas entidades del país— y que, al mismo tiempo, otorgue una protección amplia y absoluta a la objeción de conciencia, surge una interrogante relevante: ¿estaría ese mismo estado dispuesto a aceptar que profesionales de la salud brinden servicios de aborto después de la sexta semana, bajo el argumento de que negarse a hacerlo contraviene sus convicciones éticas, como ocurre en otras entidades donde el acceso es más amplio? Este planteamiento evidencia la tensión inherente a una concepción unilateral de la objeción de conciencia. Si se reconoce como un principio válido, su aplicación coherente exigiría considerar tanto su dimensión negativa (rechazo a prestar servicios) como su posible dimensión positiva (decisión de prestarlos por convicción). Sin embargo, en la práctica, los marcos normativos suelen privilegiar únicamente la primera.

Desde una perspectiva bioética, aceptar esta simetría implicaría replantear profundamente los límites del sistema jurídico y sanitario, lo cual no es sencillo ni exento de controversia. En mi opinión, es poco probable que un estado adopte esta postura de manera consistente, ya que entraría en conflicto directo con el principio de legalidad y con la función reguladora del propio Estado.

No obstante, la pregunta es valiosa precisamente porque pone en evidencia las inconsistencias y desafíos que enfrenta la regulación de la objeción de conciencia?

Cuadro 7.1. *Lineamientos y estándares de validez establecidos por la Corte en la sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018 (una tesis justificatoria)*

Es una acción individual	Es de la persona física Descarta la posibilidad de un acto “institucional” o de persona moral
Identificar el status del personal	Declaración de personal como “objedor” o “no objedor”*
Plazo breve	Para resolver la necesidad de atención de la salud rechazada
Decidir sobre la procedencia	La institución debe valorar la justificación de la exención del acto médico rechazado
No procede cuando	Pone en riesgo la vida Problema: valoración de “riesgo”
	Es urgencia médica Problema: concepto de urgencia (una violación requiere una anticoncepción de emergencia en 72 horas)
	Genera una carga desproporcionada Sobretudo para las personas-paciente También laboral para colegas
	Sufrimiento por tardanza
	Riesgo por postergación Por ejemplo: embarazo de 10-11 semanas cuando el límite son 12.
	Pacientes con diagnóstico de cáncer Daño, agravación, secuelas, discapacidad Consecuencia de todo lo anterior
	No haya alternativa viable/acceso
	Por distancia o disponibilidad del personal
Negativa cuando es por motivos discriminatorios o de odio	Totalmente contrario a Derechos Humanos Raza, sexo, género, clase social, etc.
No deben entorpecer o retrasar prestación	Actitud obstruccionista a las necesidades de la persona-paciente
Existen responsabilidades	Administrativas Profesionales Penales
Pacientes deben recibir	Información amplia Trato digno
Remitir a jefe inmediato	O a colegas especialistas que resuelvan la atención que se rechaza otorgar
Ausencia de juicios valorativos o de persuasión	No tener actitudes de proselitismo o convencimiento
	Requisitos de “pláticas informativas” sobre riesgos, adopción, etc.
* Situación problemática. El deber de apertura ante un conflicto de intereses por motivos de convicciones personales, recae precisamente en el profesional que presenta el conflicto (el “objedor”), no en el resto. Ver discusión en el texto.	

Fuente: elaboración propia.

Referencias

1. Miembro del Colegio de Bioética, A.C.
2. Dennett D. The unimagined preposterousness of zombies. *J Conscious Stud.* 1995;2(4):322-326. Disponible en: <https://dl.tufts.edu/pdfviewer/rf55zm151/6m312182x>
3. Ordorica-Mellado M. 1974: momento crucial de la política de población. *Pap Poblac.* 2014;20(81). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000300002
4. Thoreau HD. Desobediencia civil. Pilovsky S, traductor. México: Tumbona Ediciones; 2012. Disponible en: <http://www.tumbonaediciones.com/descargas/DesobedienciaCivil.pdf>
5. Santillán-Doherty P. La objeción de conciencia en la medicina: una visión desde la trinchera. En: Tapia R, Vázquez R, coordinadores. *Logros y retos de la bioética.* México: Fontamara; 2014.
6. Santillán-Doherty P. ¿Es justificable la objeción de conciencia en la medicina? En: Capdevielle P, Medina-Arellano MJ, coordinadores. *Bioética laica: vida, muerte, género, reproducción y familia.* México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2018.
7. The Hastings Center. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Cent Rep.* 1996. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x>
8. Savulescu J, Schuklenk U. Doctors have no right to refuse medical assistance in dying, abortion or contraception. *Bioethics.* 2017;31:162-170.
9. Pérez-Tamayo R. Humanismo y medicina. *Gac Med Mex.* 2013;149:349-353.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra: promesa del médico [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/>
11. Lo B, Field MJ, editores. *Conflict of interest in medical research, education and practice.* Washington (DC): National Academies Press; 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/12598>
12. Fernandez-Lynch H. *Conflicts of conscience in health care: an institutional compromise.* Cambridge (MA): MIT Press; 2008.
13. Kraus A. Farmacracia. *El Universal.* 2020 ago 2.
14. Rowling JK. *Harry Potter and the deathly hallows.* London: Bloomsbury; 2007.
15. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud. 2018 may 11.
16. Schuklenk U. Conscientious objection in medicine: accommodation versus professionalism and the public good. *Br Med Bull.* 2018;126:47-56. doi:10.1093/bmb/ldy007
17. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Acción de inconstitucionalidad 54/2018 [Internet]. 2018 jun 11. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/accion-de-inconstitucionalidad-54-2018>
18. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Extracto de la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018. México: Dirección General de Derechos Humanos; 2021 sep 21. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20ai54-2018%20dgdh.pdf>

19. Declaración en defensa de la objeción de conciencia en el campo de la salud. Carta pública; 2021 oct 11.
20. Comisión Nacional de Bioética. La objeción de conciencia en el proceso de atención a la salud (pronunciamiento) [Internet]. 2022 ago 11. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765656/Pronunciamiento_Objecioon_Conciencia_Ago2022.pdf
21. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro. México; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-final_Interactivo_22nov_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf
22. Fox D. Medical disobedience. *Harv Law Rev.* 2023;136(4):1032-1111. Disponible en: <https://harvardlawreview.org/print/vol-136/medical-disobedience/RB>, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR, editores. *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, EUA. 199. Pág.162.
23. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
24. Derecho a Morir con Dignidad (DMD). Segunda Encuesta Nacional de Opinión sobre el Derecho a Morir con Dignidad [Internet]. Disponible en: https://dmd.org.mx/?page_id=7657
25. Fox D. Medical disobedience. *Harv Law Rev.* 2023;136(4):1032-1111.
26. *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 U.S. ____ (2022). Caso que revoca *Roe v. Wade* [Internet]. Disponible en: <https://constitutioncenter.org/the-constitution/supreme-court-case-library/dobbs-v-jackson-womens-health-organization36>. Wynia MK. Professional Civil Disobedience: Medical Society Responsibilities After Dobbs. *N Eng J Med* 2022; 387:959-60.
37. Loewy EH. Physicians and Patients: Moral Agency in a Pluralistic World. *J Med Human Bioethics*. 1986; 7(1):57-64. Referido por Fernandez-Lynch H (ver nota al pie #12).
38. Savulescu J. Conscientious Objection in Medicine. *Brit Med J.* 2006; 332:294-97.
39. Fernández-Lynch H. Op. Cit. Nota 12. Pág. 19.
40. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*. 1995. Parr. 74.

Sobre los autores

Corona Sánchez, Cristal

Máster en bioética por la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid, España), estudios de maestría en Gestión Directiva en Salud por la Universidad del Valle de México, médica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es presidenta del Colegio Mexicano de Bioética y Políticas Públicas, A. C. Los principales temas abordados son: biopolítica, bioética y políticas públicas, biopoder, bioética y legislación, salud pública y bioética. Elaboró el Decreto de Creación de la Comisión de Bioética de Tlaxcala (2012), el Código de Bioética para el personal de Salud del estado de Tlaxcala (2014), participó en la redacción de la Ley de Trasplantes del estado de Tlaxcala (2009), así como en diversas propuestas de ley en el Senado y en la Cámara de Diputados Federal (2017-2019).

Correo electrónico: cosc08072017@gmail.com

Alonso Salas, Ángel

Profesor Titular “C” de tiempo completo en CCH Azcapotzalco, UNAM, en donde imparte las asignaturas de Filosofía I y II, así como también Enseñanza de la Filosofía o de la Ética en la Facultad de Filosofía y Letras o la Maestría en Actualización de Docencia en Educación Media Superior en la FES Acatlán, ambas de la UNAM. Tiene los grados de licenciatura en Filosofía por la UAM Iztapalapa, Maestría y Doctorado en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, y Doctorado en Ciencias (Bioética) por la Facultad de Medicina, UNAM. Forma parte del Comité de Tutores del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. Es miembro fundador del Observatorio Filosófico de México. Coordinó el libro *La*

Enseñanza de la filosofía con niños y adolescentes y publicó el texto: El suicidio “racional”: ¿un problema bioético?, ambos editados por la UNAM. Ha dirigido tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Desde 2017 participa en talleres de filosofía en el Centro Femenil Penitenciario Santa Martha Acatitla en la Ciudad de México.

Correo electrónico: angel.alonso@cch.unam.mx.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-1754>

Vargas Escamilla, Bianca Fernanda

Doctora y maestra en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud y Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México. Su formación complementaria profundiza en educación médica, bioética y gestión de proyectos. Es profesora de Antropología Médica e Interculturalidad adscrita al Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM. Es investigadora, socia y cofundadora de Colmena Consultoras, S. C. Sus líneas de investigación se enfocan en la salud sexual y reproductiva, la salud global, el análisis narrativo y la política pública. Sus publicaciones individuales más recientes (2025) son el capítulo titulado Configurar el riesgo y los derechos en la atención obstétrica. Narrativas e interacciones en torno al embarazo en la adolescencia, en *Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad* (Robles Aguirre *et al.*, coord.), y su participación con el concepto de “cuidado de sí” en la primera edición del *Diccionario Filosófico para Jóvenes* publicado por el Seminario Permanente de la Red Mexicana de Mujeres Filósofas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0776-7442>

Academia: <https://unam.academia.edu/BiancaVargasEscamilla>

Google académico: <https://scholar.google.com/citations?user=bKNgtw8AAAAJ&hl=es&oi=ao>

Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Bianca-Fernanda-Vargas-Escamilla?ev=hdr_xprf

Anaya Saavedra, Irma Gabriela

Doctora en Ciencias Biológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), especialista en Patología y Medicina Bucal, y Cirujana Dentista por la UNAM. Actualmente es secretaria de la Unidad Xochimilco y profesora investigadora titular “C” de tiempo completo. Es investigadora nacional de nivel

III en el Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores de la SECIHTI. Es miembro regular de la Academia Nacional de Ciencias, integrante de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, la International Association of Oral Pathologists y la Sociedad Internacional de Papilomavirus. Sus líneas de investigación incluyen las manifestaciones bucales del VIH/SIDA, el virus del papiloma humano, y el cáncer bucal. Es responsable de las clínicas de patología y medicina bucal en las Clínicas Especializadas Condesa-Roma y Condesa-Iztapalapa de la Ciudad de México, y de la Unidad de Patología y Medicina Bucal de la UAM. Forma parte del grupo internacional de personas expertas en VIH, con encuentros realizados en Estados Unidos de Norteamérica (2008), China (2009), India (2014 y 2016) e Indonesia (2019). Es autora de 60 publicaciones, de las cuales 52 son artículos de revistas especializadas con arbitraje, once capítulos de libro, un manual y un libro. Sus trabajos han sido citados ampliamente (más de 1 400 citas) y cuenta con un índice h de 20. En el ámbito editorial, se desempeña como editora asociada de las revistas indexadas en el JCR *Oral Diseases*, *Journal of Oral Pathology and Medicine* y *Frontiers in Oral Health*, además del comité editorial de *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Bajo su dirección se han concluido 48 tesis de licenciatura, 19 tesis de especialidad, 27 tesis de maestría y dos tesis de doctorado de la UAM Xochimilco

Correo electrónico: iganaya@correo.xoc.uam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8881-867X>

SCOPUS: 22133430200

Google académico: <https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=c-9ChRRIAAAAJ>

Research Gate: https://www.researchgate.net/profile/Gabriela-Anaya-Saavedra?ev=hdr_xprf

Mondragón-Barrios, Liliana

Postdoctora en Bioética (Universidad de Chile) y Doctora en Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México). Cuenta con una maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco) y una licenciatura en Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México). Actualmente es investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Es profesora en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Docente del Programa de Maestría y Doctorado

en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM y del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la misma casa de estudios. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es miembro del Laboratorio Iberoamericano de Ética de la Salud Pública (LIBE-RESP) (España) y del Observatorio Mexicano de Bioética (OMEBI) (México). Las principales líneas de investigación de interés son: bioética en la salud mental, bioética y conducta suicida, ética en la investigación psicosocial. Sus publicaciones recientes son los artículos Contexto jurídico de las voluntades anticipadas en salud mental en América Latina (2025) y Bioethical implications of the use of digital technologies for mental health research during the social distancing period of the Covid-19 pandemic (2025), en los cuales es primera autora.

Correo electrónico: lmondragonb@inprf.gob.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-5228>

Research Gate: <https://www.researchgate.net/profile/Liliana-Mondragon-Barrios>

Díaz Galván, Karla Ximena

Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, donde realizó también sus estudios de licenciatura. Actualmente se desempeña como docente de asignatura en diferentes instituciones universitarias a nivel licenciatura y posgrado: Universidad del Claustro de Sor Juana, Centro Universitario Incarnate Word, Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico (UNIVDEP), Universidad Tecnológica de México (UNITEC) y Universidad de Negocios ISEC. Obtuvo el nombramiento de candidato a investigador del SNI de la SECIHTI en el periodo de 2020 a 2024. Es miembro del Society for Neuroscience (SFN) así como de la Asociación Mexicana en Psicología Jurídica donde participa activamente. Colabora desde 2007 con el Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la UNAM, donde ha realizado la mayoría de sus líneas de investigación, las cuales se enfocan en la neurobiología de la conducta violenta, la empatía y conductas pro sociales. Finalmente, es autora de varias publicaciones de artículos y colaboraciones en libros, siendo las más recientes el artículo realizado en conjunto con la Dra. Ostrosky y su equipo en 2023, titulada “Can psychopathy be prevented?” y una publicación de primera autoría en español llamada: “La empatía en los psicópatas”, publicada también en 2023 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correo electrónico: karla.diazg@universidaddelclaustro.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0692-3037>

Google académico: <https://scholar.google.com/citations?user=u8baUX-MAAAAJ&hl=es>

Research Gate: [https://www.researchgate.net/profile/Karla-Diaz-](https://www.researchgate.net/profile/Karla-Diaz-27?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19)

[27?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](https://www.researchgate.net/profile/Karla-Diaz-27?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19)

Santillán Doherty, Patricio Javier

El doctor es Médico Cirujano especialista en cirugía general y de tórax por la UNAM, con alta experiencia en investigación de cáncer y trasplante pulmonar. Su trayectoria destaca por su cargo actual como Comisionado Nacional de Bioética y por haber sido Director Médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Asimismo, es Investigador Nivel II del SNI, Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de México y Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. A nivel internacional, colabora activamente como experto en bioética y tecnologías emergentes para la UNESCO y el Consejo de Europa. En el ámbito académico, se desempeña como profesor de posgrado en Cirugía Torácica y Ética en Investigación, así como titular de Bioética en la carrera de Neurociencias de la Facultad de Medicina en la UNAM.

Correo electrónico: patricio.santilland@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1782-2073>

Temas de bioética en diálogo con la legislación
de Jorge Alberto Álvarez Díaz (coordinador), publicado por Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., se terminó de imprimir en junio de 2026, Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810, Ciudad de México.

¿Cómo deberían dialogar la bioética y las leyes frente a los desafíos contemporáneos de la vida y la salud? Este libro apuesta por una respuesta a esta interrogante mediante un recorrido tan riguroso como accesible por tensiones apremiantes entre el saber bioético y el marco jurídico. Fruto de un ciclo de conversatorios que reunió especialistas, legisladores y ciudadanía, esta obra compila ensayos que analizan la bioética en las políticas públicas, su exigibilidad educativa, la autonomía progresiva en derechos sexuales y reproductivos, la integración de la patología bucal al sistema de salud, las voluntades anticipadas en salud mental, los vínculos entre neurociencia y conducta violenta, y los conflictos de conciencia en la práctica médica. Más que una mera recopilación teórica, el libro tiende un puente entre la reflexión académica y la acción legislativa, recordando que toda normatividad sobre la vida y la salud conlleva opciones de valor ineludibles. Con un enfoque interdisciplinario, crítico y orientado al bien común, esta compilación se erige como una herramienta para legisladores, profesionales de la salud, académicos y ciudadanía con interés en fundamentar marcos legales más justos, humanos y responsables. El libro invita a repensar el papel del Estado, legisladores y ciudadanía en la construcción de políticas públicas con auténtico trasfondo humanista, mostrando que la bioética no es un saber accesorio, sino una herramienta indispensable para orientar las decisiones colectivas en favor de una sociedad más justa, responsable y solidaria. Una lectura esencial para quienes buscan navegar con rigor los complejos dilemas bioético-jurídicos de nuestro tiempo.



Jorge Alberto Álvarez Díaz es Posdoctor en Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas (Bioética), por la Universidad Complutense de Madrid. es Profesor Titular "C" en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Investigador Nacional Nivel II del SNII de la SECIHTI. Consejero del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética. Recibió el Premio "Ignacio Chávez" 2025 por sus contribuciones a la bioética. Sus líneas de investigación versan sobre bioética.



Dimensions



Google
Scholar



DOI.ORG/10.52501/CC.390



**EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA** PUBLICACIONES
ARBITRADAS

comunicacion-cientifica.com

