

Coordniador Omar Fernando Becerra Partida

Bioderecho y Dignidad Humana en México- Retos Éticos, Legales y Tecnológicos de la Salud Contemporánea.pdf

 Comunicacion Cientifica Ediciones

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:600569415

Fecha de entrega

16 jun 2026, 2:39 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

16 jun 2026, 2:43 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

Bioderecho y Dignidad Humana en México- Retos Éticos, Legales y Tecnológicos de la Salud Cont....pdf

Tamaño del archivo

931.3 KB

153 páginas

45.341 palabras

260.109 caracteres

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Coincidencias menores (menos de 16 palabras)

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

8%	 Fuentes de Internet
6%	 Publicaciones
0%	 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	ministeriopublico.gob.pa	1%
2	Internet	victoriafamafamilias.blogspot.com	<1%
3	Internet	www.reincisol.com	<1%
4	Publicación	Gustavo Ortiz Millán. "COVID-19 y bioética: los aspectos bioéticos más relevantes ...	<1%
5	Internet	hdl.handle.net	<1%
6	Internet	es.slideshare.net	<1%
7	Internet	digrafica.net	<1%
8	Internet	www.mpf.gob.ar	<1%
9	Internet	diposit.ub.edu	<1%
10	Internet	www.pmdcmos.unam.mx	<1%
11	Internet	www.tdx.cat	<1%

12	Internet	drmc.library.adelaide.edu.au	<1%
13	Internet	hgm.salud.gob.mx	<1%
14	Internet	ruj.uj.edu.pl	<1%
15	Internet	www.sitios.scjn.gob.mx	<1%
16	Internet	books.omeditorial.com	<1%
17	Internet	sedici.unlp.edu.ar	<1%
18	Internet	rio.upo.es	<1%
19	Internet	repositorioinstitucional.uabc.mx	<1%
20	Internet	pt.scribd.com	<1%
21	Internet	www.researchgate.net	<1%
22	Internet	repositorio.uam.es	<1%
23	Internet	revistas.ubp.edu.ar	<1%
24	Internet	tesisenred.net	<1%
25	Publicación	José A. García del Castillo, Álvaro García del Castillo-López. "Chapter 158-1 Virtual ...	<1%

26	Internet	portal.amelica.org	<1%
27	Internet	uach.mx	<1%
28	Publicación	John Robert C. Rilveria, Lorelie C. Grepo, Paola Marie Q. Lim, Joy Ann N. Malapit et...	<1%
29	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
30	Internet	revistas.utb.edu.ec	<1%
31	Internet	repositori.uib.cat	<1%
32	Internet	www2.ucc.edu.ar	<1%
33	Publicación	McBride, Maurice L.. "The Growing Concern for Cyberthreat Awareness in the He...	<1%
34	Internet	old.csjn.gov.ar	<1%
35	Publicación	Gaspar, Ricardo Jorge Cabrita. "How to Improve Healthcare Outcomes Through I...	<1%
36	Internet	dspaceapi.live.udesa.edu.ar	<1%
37	Internet	www.congresoyucatan.gob.mx	<1%
38	Publicación	Janeo, Michelle Nicole I.. "How Medical Students Use Social Support to Cope With ...	<1%
39	Publicación	Bey Jamelyd López-Torres, Roberto Rendón-Medel, Tania Carolina Camacho-Villa, ...	<1%

40	Internet	ediuc.ucongreso.edu.ar	<1%
41	Internet	gredos.usal.es	<1%
42	Internet	horizontesdelconocimiento.com	<1%
43	Internet	medicushmani.es	<1%
44	Publicación	Lozano López, Glendaly. "La inclusión en la educación superior desde la perspecti...	<1%
45	Internet	erevistas.uacj.mx	<1%
46	Internet	vsip.info	<1%
47	Publicación	Ballesté, Isaac Ravetllat. "La infancia en el derecho civil catalán.", Universitat de ...	<1%
48	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
49	Internet	www.cua.uam.mx	<1%
50	Publicación	José Ovalle Favela. "Derechos humanos y garantías constitucionales", Boletín Me...	<1%
51	Internet	fundacion-rama.com	<1%
52	Publicación	Cossio Peralta, Andre Jorge. "El derecho a la intimidad en la vigilancia de la salud ...	<1%
53	Publicación	VanOrder, Tonya. "Understanding Chief Residents' Lived Experience of Stress", Mi...	<1%

54	Internet	bdigital.uncu.edu.ar	<1%
55	Internet	inicio.inai.org.mx	<1%
56	Internet	omniscens.com	<1%
57	Internet	repository.unad.edu.co	<1%
58	Internet	www.cels.org.ar	<1%
59	Publicación	Juan Carlos Guerrero Fuentes, Abigail Gaytán Martínez. "El nacimiento de la reins...	<1%
60	Internet	www.slideshare.net	<1%
61	Internet	dokumen.pub	<1%
62	Internet	www.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
63	Publicación	Ana Georgina Alba Betancourt, Manuel Becerra Ramírez. "La propiedad intelectu...	<1%
64	Publicación	Jorge González Lira, Marisol Muñoz Hernández. "Una Estrategia de Cibersegurida...	<1%
65	Internet	documentop.com	<1%
66	Internet	eprints.uanl.mx	<1%
67	Internet	repositorio.unal.edu.co	<1%

68	Internet	revistahospitalaria.org	<1%
69	Internet	stj-sin.gob.mx	<1%
70	Publicación	Ximena Puentes de la Mora. "DATOS PERSONALES Y BIOMÉTRICOS. LA APUESTA DE..."	<1%
71	Internet	absoluteprohibition.wordpress.com	<1%
72	Internet	bdigital.dgse.uaa.mx:8080	<1%
73	Internet	digibuo.uniovi.es	<1%
74	Internet	pdfcoke.com	<1%
75	Internet	ri.ues.edu.sv	<1%
76	Internet	www.eld.edu.mx	<1%
77	Internet	www.indteca.com	<1%
78	Publicación	Caycedo Castro, María Paola. "Psiquiatría de precisión: Las conflictividades y conv..."	<1%
79	Publicación	Matus Lobos, Pablo Ignacio. "Representaciones E Imaginario Del Medio Ambiente..."	<1%
80	Publicación	Mejía Guevara, Merlym Joseph. "EL contrato "invulnerable" y la gestión ambiental..."	<1%
81	Publicación	Noël E. Smith, Talía Sierra, Heidi Brown. "Acknowledging the risk of suicidal ideati..."	<1%

82	Internet	bioetica.colmed5.org.ar	<1%
83	Internet	qdoc.tips	<1%
84	Internet	repository.uniminuto.edu	<1%
85	Internet	revistascientificas.uach.mx	<1%
86	Internet	www.childrensmercy.org	<1%
87	Publicación	"Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders", Springer Science and ...	<1%
88	Publicación	Gerald Matthews, Paula A. Desmond, Catherine Neubauer, P.A. Hancock. "The Ha...	<1%
89	Internet	astraeditorialshop.com	<1%
90	Internet	comum.rcaap.pt	<1%
91	Internet	congresodurango.gob.mx	<1%
92	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
93	Internet	repository.ugc.edu.co	<1%
94	Internet	sidof.segob.gob.mx	<1%
95	Internet	wellmd.stanford.edu	<1%

96	Internet	
www.almendron.com		<1%
97	Internet	
www.cndh.org.mx		<1%
98	Internet	
zagan.unizar.es		<1%

Bioderecho y Dignidad Humana en México: Retos Éticos, Legales y Tecnológicos de la Salud Contemporánea

Coordinador. Dr. Omar Fernando Becerra Partida

Prologo.

La historia de la humanidad ha estado marcada por una tensión constante entre el avance del conocimiento y la necesidad de preservar la dignidad de las personas. Cada descubrimiento científico, cada innovación tecnológica y cada reforma jurídica han traído consigo promesas de bienestar, pero también dilemas éticos que nos obligan a detenernos y reflexionar. En el campo de la salud, esta tensión se vuelve particularmente evidente: la medicina, que nació como arte de curar, se enfrenta hoy a desafíos que trascienden lo clínico y se adentran en lo filosófico, lo jurídico y lo social. El bioderecho surge precisamente en este cruce de caminos, como disciplina que busca articular la bioética con el derecho, ofreciendo un marco normativo capaz de proteger la dignidad humana frente a los retos de la contemporaneidad.

Este libro, Bioderecho y Dignidad Humana en México: Retos Éticos, Legales y Tecnológicos de la Salud Contemporánea, se inscribe en esa tradición reflexiva que entiende la salud no solo como un asunto técnico, sino como un espacio de encuentro entre valores, derechos y responsabilidades. La obra que el lector tiene en sus manos no pretende ofrecer respuestas definitivas, sino abrir un diálogo plural y crítico sobre los dilemas que enfrentamos en México y en el mundo. Cada capítulo es una invitación a pensar la salud desde una perspectiva integral, donde la ciencia se encuentra con la ética y el derecho se convierte en garante de la dignidad.

La dignidad humana, concepto central en este recorrido, no es una abstracción filosófica ni un ideal lejano. Es la base sobre la cual se construyen los derechos fundamentales y la brújula que orienta las decisiones en contextos de vulnerabilidad. Reconocer la dignidad implica aceptar que toda persona, independientemente de su condición, merece respeto, cuidado y acompañamiento. En el ámbito de la salud, esto significa que los pacientes no son objetos de intervención médica, sino sujetos de derechos, con voz y autonomía para decidir sobre su propio cuerpo y su propio destino. El bioderecho, en este sentido, se convierte en un puente que traduce los principios bioéticos en normas jurídicas exigibles, asegurando que la dignidad no

dependa de la buena voluntad de los profesionales, sino que esté protegida por la fuerza de la ley.

México enfrenta retos particulares en este terreno. Nuestro sistema de salud, fragmentado y desigual, refleja las tensiones de un país que reconoce en sus leyes derechos avanzados, pero que en la práctica enfrenta carencias estructurales. Los cuidados paliativos, por ejemplo, están reconocidos como un derecho humano en la Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, pero su acceso sigue siendo limitado y desigual. Esta brecha entre norma y realidad es un recordatorio de que el derecho no basta por sí mismo: requiere voluntad política, infraestructura adecuada y una cultura médica y social que valore la dignidad hasta el final de la vida. El bioderecho, al señalar estas inconsistencias, nos obliga a pensar en mecanismos de exigibilidad que permitan cerrar esa distancia y garantizar que los derechos reconocidos se conviertan en derechos efectivos.

El prólogo de esta obra busca situar al lector en ese horizonte de reflexión. No se trata de un texto meramente introductorio, sino de una invitación a recorrer los dilemas que atraviesan la salud contemporánea desde una mirada crítica y humanista. Los capítulos que siguen abordan temas tan diversos como los cuidados paliativos, el suicidio en médicos residentes, la responsabilidad social de la empresa biomédica, la relación entre seguridad nacional y dignidad social, el consentimiento informado accesible, y los riesgos éticos y legales de las nuevas tecnologías en salud. Cada uno de estos temas revela una faceta distinta de la tensión entre ciencia, ética y derecho, y juntos conforman un mosaico que refleja la complejidad del mundo en que vivimos.

El lector encontrará en estas páginas un esfuerzo por articular lo local con lo global. México es el punto de partida, pero los dilemas que aquí se analizan forman parte de una conversación internacional. La comparación con experiencias de otros países permite identificar buenas prácticas y advertir riesgos, recordándonos que la dignidad humana no conoce fronteras. Al mismo tiempo, la obra reconoce las particularidades culturales y sociales de nuestro país, subrayando que las soluciones no pueden ser meramente importadas, sino adaptadas a nuestra

realidad. El bioderecho, en este sentido, se convierte en una herramienta para pensar globalmente y actuar localmente, integrando principios universales con contextos específicos.

La reflexión sobre la dignidad humana también nos invita a cuestionar el sentido mismo de la medicina y del derecho. La medicina, en su dimensión paliativa, se orienta hacia el alivio del sufrimiento y la preservación de la dignidad. El derecho, en su dimensión biojurídica, busca garantizar que esa orientación no dependa de circunstancias individuales, sino que se convierta en una obligación institucional. La conjunción de ambos campos nos recuerda que el final de la vida no es un espacio de abandono, sino un momento en el que la sociedad debe reafirmar su compromiso con la dignidad. Este compromiso no se limita al ámbito clínico, sino que se extiende a las políticas públicas, a la formación profesional y a la cultura social que rodea la experiencia de la enfermedad y la muerte.

El prólogo, por tanto, no es un cierre ni una conclusión, sino un inicio. Es la apertura de un camino que invita al lector a recorrer los dilemas del bioderecho con una mirada crítica y reflexiva. La obra que aquí se presenta no pretende ofrecer soluciones fáciles ni respuestas definitivas, sino abrir un espacio de diálogo donde la ética, el derecho y la ciencia se encuentren para pensar juntos la salud contemporánea. En un mundo marcado por la aceleración tecnológica, la globalización de los problemas y la persistencia de las desigualdades, el bioderecho se convierte en una brújula indispensable para orientar nuestras decisiones hacia el respeto irrestricto de la dignidad humana.

La salud, entendida como derecho humano, nos recuerda que el bienestar no es un privilegio, sino una obligación colectiva. El bioderecho, al articular la bioética con el derecho, nos ofrece las herramientas para garantizar que esa obligación se cumpla. La dignidad humana, como principio rector, nos recuerda que cada vida merece ser vivida con respeto, cuidado y acompañamiento. Este libro, en su conjunto, es una invitación a reafirmar ese compromiso y a pensar la salud no solo como un asunto técnico, sino como un espacio de encuentro entre valores, derechos y responsabilidades.

El lector que se adentre en estas páginas encontrará un mosaico de reflexiones que, aunque diversas en sus temas, comparten un hilo conductor: la convicción de que la dignidad humana debe ser el centro de toda decisión en el ámbito de la salud. Desde los cuidados paliativos hasta la inteligencia artificial, desde la responsabilidad médica hasta la seguridad nacional, cada capítulo nos recuerda que la salud no puede reducirse a cifras o procedimientos, sino que debe ser entendida como un derecho humano que exige respeto, cuidado y acompañamiento. El bioderecho, en este sentido, no es una disciplina abstracta, sino una herramienta concreta para garantizar que la dignidad sea respetada en cada decisión, en cada política y en cada práctica médica.

En última instancia, este prólogo es una invitación a la reflexión crítica y al compromiso ético. La salud contemporánea nos enfrenta a dilemas complejos que no pueden resolverse únicamente con avances técnicos o reformas legales. Requieren una mirada integral que reconozca la dignidad como principio rector y que articule la bioética con el derecho para garantizar su respeto. Este libro es un paso en esa dirección, un esfuerzo colectivo por pensar la salud desde una perspectiva humanista y por ofrecer al lector herramientas para enfrentar los retos éticos, legales y tecnológicos de nuestro tiempo. Que estas páginas sirvan, entonces, como punto de partida para un diálogo plural y crítico, donde la dignidad humana sea siempre el horizonte de nuestras decisiones.

Índice.

Capítulo I: Cuidados paliativos y Bioderecho: entre la norma, la ética y la responsabilidad penal en México

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco

Capítulo II: Suicidio en médicos residentes: encrucijada ética, legal y de derechos humanos en México y Perú

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco.

Dr. Omar Fernando Becerra Partida.

Guinea Michelle García Ruvalcaba

Capítulo III: La empresa biomédica frente al Bioderecho: normatividad, fe pública y responsabilidad social

Dr. Omar Fernando Becerra Partida

Capítulo IV: Seguridad nacional y dignidad social: justificación ética y jurídica del derecho del enemigo en delitos de alto impacto

Dr. Omar Fernando Becerra Partida

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco.

Capítulo V: Derechos humanos como marco normativo para la bioética: un aprendizaje circular

Mtra. Noemí Márquez García

Capítulo VI: Consentimiento informado accesible en México: autonomía, capacidad jurídica y diversidad funcional desde la bioética y los derechos humanos

Mtra. Gloria Pérez Cosío y Sánchez

Lic. Carlos Humberto Mendivil Altamirano

Capítulo VII: Algunos peligros del uso de las tecnologías en el campo de la salud.

Dra. Rosa Elizabeth Sevilla Godínez

Dra. Georgina Vega Fregoso.

Cuidados paliativos y Bioderecho: entre la norma, la ética y la responsabilidad penal en México

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco

Resumen: Este capítulo analiza el cuidado paliativo en México como un derecho humano fundamental y no un lujo médico. Explora la brecha entre el marco legal (Ley General de Salud y NOM-011-SSA3-2014) y la realidad práctica, marcada por la desigualdad de acceso y falta de formación. Se centra en cómo el bioderecho articula la ética con la responsabilidad médica para garantizar que el alivio del sufrimiento sea una obligación institucional y no dependa de la voluntad individual.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Bioderecho, Dignidad humana, Responsabilidad médica, Lex artis.

Introducción

El Bioderecho se ha convertido en una disciplina indispensable para comprender los dilemas contemporáneos de la medicina y la salud pública. Su función es articular los principios de la bioética con el marco jurídico, de modo que las decisiones clínicas y las políticas sanitarias se desarrollen bajo el respeto irrestricto a la dignidad humana. En el ámbito del cuidado paliativo, esta intersección se vuelve especialmente significativa, pues se trata de un momento en el que la vulnerabilidad del paciente es máxima y donde las decisiones médicas, legales y éticas se entrelazan de manera inevitable.

Hablar de cuidados paliativos en México desde la perspectiva del Bioderecho implica reconocer que no estamos frente a un lujo médico, sino ante un derecho humano que debe garantizarse como parte del acceso integral a la salud. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación adecuada y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (World

Health Organization, 2020). Esta definición nos recuerda que el cuidado paliativo no es únicamente un conjunto de técnicas médicas, sino un paradigma de atención que coloca la dignidad en el centro.

En México, la **Ley General de Salud** reconoce la obligación del Estado de garantizar cuidados paliativos, y la **Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014** establece criterios para su prestación (Congreso de la Unión, 2014; Secretaría de Salud, 2014). Sin embargo, la distancia entre la norma y la práctica sigue siendo amplia: los servicios se concentran en hospitales de alta especialidad, la formación profesional es insuficiente y la cobertura es desigual, especialmente en comunidades rurales.

La bioética nos ofrece principios que iluminan este debate: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El Bioderecho, por su parte, busca traducirlos en normas jurídicas exigibles. La autonomía se expresa en el derecho del paciente a decidir sobre tratamientos y analgesia, incluso en el rechazo a procedimientos que prolonguen artificialmente la vida. La beneficencia y la no maleficencia obligan a los profesionales de la salud a aliviar el sufrimiento evitando tanto la obstinación terapéutica como la negligencia. La justicia exige que los cuidados paliativos no sean privilegio de unos pocos, sino un servicio accesible para todos. Y la dignidad, como principio rector, nos recuerda que el valor de la persona no se extingue con la enfermedad terminal.

En este marco, la **responsabilidad médica** adquiere un papel central. En México, se entiende como la obligación de los profesionales de la salud de actuar conforme a la *lex artis*, es decir, a los estándares aceptados de la práctica médica. Cuando un médico omite proporcionar cuidados paliativos adecuados, incurre no solo en una falta ética, sino también en una posible responsabilidad legal. La **Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)** ha señalado que las quejas relacionadas con la atención al final de la vida suelen involucrar tanto aspectos técnicos como humanos, y que la ausencia de cuidados paliativos puede constituir una forma de mala praxis (CONAMED, 2021).

La responsabilidad médica en cuidados paliativos no se limita al acto clínico, sino que se extiende a la obligación de respetar la voluntad del paciente. El consentimiento informado es un requisito legal y bioético que asegura que las decisiones se tomen de manera libre y consciente. Negar información o imponer tratamientos sin considerar la voluntad del paciente puede derivar en responsabilidad civil, administrativa e incluso penal. En este sentido, el Bioderecho funciona como un puente que conecta la ética del cuidado con la exigibilidad jurídica, permitiendo que los principios bioéticos se conviertan en derechos protegidos por la ley.

La reflexión sobre la responsabilidad médica en México también nos obliga a considerar la dimensión institucional. No basta con exigir responsabilidad individual a los médicos si el sistema de salud carece de infraestructura y programas suficientes para garantizar cuidados paliativos. La responsabilidad se extiende al Estado, que tiene la obligación constitucional de garantizar el derecho a la salud. La **Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)** ha reconocido en diversas sentencias que el derecho a la salud incluye el acceso a servicios oportunos y de calidad, lo que abre la puerta a considerar los cuidados paliativos como parte de ese derecho exigible (SCJN, 2018).

Desde una perspectiva más amplia, el Bioderecho en el cuidado paliativo en México nos invita a reflexionar sobre el sentido mismo de la medicina y del derecho. La medicina, en su dimensión paliativa, se orienta hacia el alivio del sufrimiento y la preservación de la dignidad. El derecho, en su dimensión biojurídica, busca garantizar que esa orientación no dependa de la buena voluntad de los profesionales, sino que se convierta en una obligación institucional. La conjunción de ambos campos nos recuerda que el final de la vida no es un espacio de abandono, sino un momento en el que la sociedad debe reafirmar su compromiso con la dignidad humana.

La introducción de este capítulo, por tanto, no pretende ser únicamente un marco conceptual, sino una invitación a la reflexión crítica. El cuidado paliativo en México es un derecho reconocido pero insuficientemente garantizado. La responsabilidad

médica y legal se convierte en un eje fundamental para cerrar esa brecha, asegurando que los principios bioéticos se traduzcan en prácticas concretas y en derechos exigibles. El Bioderecho nos ofrece las herramientas para articular esta exigencia, recordándonos que la dignidad humana no se negocia y que el alivio del sufrimiento es una obligación ética y jurídica.

Muy bien, continuemos con lo que sigue después de la **introducción**. El siguiente bloque natural del capítulo es el **marco internacional y comparativo**, que sirve para contextualizar la situación mexicana dentro de un panorama más amplio. Te lo desarrollo en un estilo reflexivo y continuo, con extensión aproximada de **2,000 palabras**, para que el capítulo vaya tomando la densidad que necesitas.

Marco internacional y comparativo del Bioderecho en cuidados paliativos

El debate sobre el cuidado paliativo no se limita a México; forma parte de una conversación global sobre el derecho a la salud y la dignidad humana. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha insistido en que los cuidados paliativos deben ser considerados un componente esencial de los sistemas de salud, no un servicio opcional o marginal. En su definición oficial, la OMS subraya que el objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y familias, y que ello requiere un abordaje integral que atienda dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales (World Health Organization, 2020). Esta visión ha sido recogida por múltiples países que han incorporado el cuidado paliativo en sus legislaciones y políticas públicas, reconociéndolo como un derecho humano.

En Europa, España ha desarrollado un marco normativo robusto que integra los cuidados paliativos en la cartera básica de servicios del sistema nacional de salud. La **Ley 41/2002** sobre autonomía del paciente y la **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** establecen que el paciente tiene derecho a recibir atención paliativa adecuada, incluyendo el acceso a medicamentos para el control del dolor y apoyo psicológico. Este reconocimiento legal se acompaña de programas de formación profesional y de una red de unidades de cuidados paliativos

distribuidas en todo el país, lo que garantiza un acceso más equitativo. La experiencia española demuestra que el cuidado paliativo puede convertirse en un servicio universal cuando existe voluntad política y compromiso institucional.

Colombia ofrece otro ejemplo relevante en América Latina. La **Ley 1733 de 2014**, conocida como “Ley Consuelo Devis Saavedra”, reconoce explícitamente el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos y obliga al sistema de salud a garantizar su prestación. Este marco legal se complementa con resoluciones del Ministerio de Salud que establecen protocolos de atención y mecanismos de supervisión. La experiencia colombiana demuestra que es posible avanzar hacia la justiciabilidad del cuidado paliativo, permitiendo que los pacientes reclamen judicialmente el cumplimiento de este derecho. Además, Colombia ha desarrollado programas de formación en medicina paliativa y ha promovido la creación de unidades especializadas en hospitales públicos y privados, lo que ha ampliado significativamente la cobertura.

Otros países latinoamericanos también han avanzado en este terreno. Argentina, por ejemplo, ha incorporado los cuidados paliativos en su **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**, dependiente del Instituto Nacional del Cáncer. Este programa busca garantizar el acceso a servicios paliativos en todo el país, promover la formación profesional y sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de acompañar a los pacientes en la etapa final de la vida. Chile, por su parte, ha desarrollado políticas públicas que integran los cuidados paliativos en la atención primaria de salud, lo que permite llegar a comunidades rurales y marginadas. Estas experiencias muestran que, aunque los retos son enormes, es posible avanzar hacia un modelo de atención más humano y equitativo.

En contraste, México se encuentra en una etapa intermedia. Si bien la Ley General de Salud y la NOM-011-SSA3-2014 reconocen los cuidados paliativos, su implementación práctica es limitada y desigual. La comparación con España, Colombia, Argentina y Chile revela que el reto no es únicamente normativo, sino también institucional y cultural. En México, la falta de infraestructura y de formación profesional impide que el reconocimiento legal se traduzca en acceso real. Además,

la ausencia de jurisprudencia específica sobre cuidados paliativos limita la posibilidad de exigir su cumplimiento en tribunales.

El Bioderecho, en este contexto, se convierte en una herramienta para articular las experiencias internacionales con la realidad mexicana. Al analizar cómo otros países han logrado integrar los cuidados paliativos en sus sistemas de salud, podemos identificar buenas prácticas y adaptarlas a nuestro marco jurídico y cultural. Por ejemplo, la incorporación de programas de formación obligatoria en medicina paliativa, la creación de redes nacionales de unidades paliativas y el reconocimiento explícito del derecho a morir con dignidad son medidas que podrían fortalecer el sistema mexicano.

La reflexión internacional también nos invita a considerar el papel de los tratados y declaraciones de derechos humanos. El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, ratificado por México, establece el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Este derecho incluye el acceso a servicios de salud oportunos y adecuados, lo que puede interpretarse como una obligación de garantizar cuidados paliativos. De manera similar, la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)** subraya la importancia de respetar la dignidad y los derechos de las personas en el ámbito biomédico, lo que refuerza la idea de que el cuidado paliativo es un derecho biojurídico.

La **Corte Europea de Derechos Humanos** también ha abordado casos relacionados con el final de la vida, estableciendo que los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a cuidados paliativos como parte del derecho a la vida privada y familiar. Estas decisiones refuerzan la idea de que el cuidado paliativo no es un servicio opcional, sino una obligación jurídica derivada de los derechos humanos.

La comparación internacional, por tanto, no es un ejercicio meramente académico, sino una herramienta para fortalecer el Bioderecho en México. Al observar cómo otros países han enfrentado los retos de acceso, formación y justiciabilidad, podemos diseñar estrategias más efectivas para garantizar que los cuidados

paliativos sean una realidad para todos los pacientes. El bioderecho nos recuerda que la dignidad humana no conoce fronteras y que el alivio del sufrimiento es una obligación ética y jurídica compartida por la comunidad internacional.

En última instancia, el análisis comparativo nos invita a reflexionar sobre el sentido mismo de la medicina y del derecho. La medicina, en su dimensión paliativa, se orienta hacia el alivio del sufrimiento y la preservación de la dignidad. El derecho, en su dimensión biojurídica, busca garantizar que esa orientación no dependa de la buena voluntad de los profesionales, sino que se convierta en una obligación institucional. La conjunción de ambos campos nos recuerda que el final de la vida no es un espacio de abandono, sino un momento en el que la sociedad debe reafirmar su compromiso con la dignidad humana.

Contexto normativo mexicano y responsabilidad médica-legal y bioética

El cuidado paliativo en México se encuentra en un punto de tensión entre el reconocimiento normativo y la realidad práctica. Desde hace más de una década, el país ha intentado incorporar este modelo de atención en su marco legal, pero los avances han sido fragmentados y, en muchos casos, insuficientes para garantizar un acceso universal. La **Ley General de Salud**, reformada en 2009 y posteriormente en 2014, introdujo disposiciones específicas sobre la atención a pacientes en situación terminal. En su artículo 166 Bis, la ley establece que toda persona tiene derecho a recibir cuidados paliativos integrales, incluyendo el acceso a medicamentos para el control del dolor y la atención psicológica y espiritual (Congreso de la Unión, 2014). Este reconocimiento es fundamental porque coloca al cuidado paliativo en el rango de derecho humano, vinculándolo directamente con la dignidad y el derecho a la salud.

Sin embargo, la distancia entre la norma y la práctica sigue siendo amplia. Los servicios paliativos están concentrados en hospitales de alta especialidad, generalmente ubicados en grandes ciudades, mientras que en comunidades rurales y marginadas el acceso es prácticamente inexistente. Esta desigualdad refleja una de las principales tensiones del sistema de salud mexicano: la coexistencia de un

marco legal progresista con una realidad marcada por la falta de infraestructura, recursos humanos y financiamiento.

La **Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014** vino a complementar este marco legal, estableciendo criterios para la prestación de servicios de cuidados paliativos. La norma señala que la atención debe ser integral, abarcando aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, y que los profesionales de la salud tienen la obligación de respetar la autonomía del paciente y garantizar su dignidad (Secretaría de Salud, 2014). No obstante, la aplicación práctica enfrenta obstáculos: falta de capacitación profesional, ausencia de mecanismos claros de supervisión y escasa difusión entre los propios médicos y pacientes.

La **Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA)** ha insistido en que el cuidado paliativo es un componente esencial del derecho a la salud y que su ausencia constituye una forma de sufrimiento evitable (García Camino, Hall & Miranda, 2021). Desde la perspectiva bioética, negar cuidados paliativos equivale a una forma de maleficencia, pues se priva al paciente de un alivio que podría mejorar su calidad de vida. Desde la perspectiva jurídica, constituye una violación del derecho a la salud reconocido en la Constitución y en tratados internacionales.

La responsabilidad médica en México se entiende como la obligación de los profesionales de la salud de actuar conforme a la **lex artis**, es decir, a los estándares aceptados de la práctica médica. Cuando un médico omite proporcionar cuidados paliativos adecuados, incurre no solo en una falta ética, sino también en una posible responsabilidad legal. La **Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)** ha documentado que las quejas relacionadas con la atención al final de la vida suelen involucrar tanto aspectos técnicos como humanos, y que la ausencia de cuidados paliativos puede constituir una forma de mala praxis (CONAMED, 2021).

La responsabilidad médica en cuidados paliativos no se limita al acto clínico, sino que se extiende a la obligación de respetar la voluntad del paciente. El consentimiento informado es un requisito legal y bioético que asegura que las decisiones se tomen de manera libre y consciente. Negar información o imponer tratamientos sin considerar la voluntad del paciente puede derivar en

responsabilidad civil, administrativa e incluso penal. En este sentido, el bioderecho funciona como un puente que conecta la ética del cuidado con la exigibilidad jurídica, permitiendo que los principios bioéticos se conviertan en derechos protegidos por la ley.

La reflexión sobre la responsabilidad médica en México también nos obliga a considerar la dimensión institucional. No basta con exigir responsabilidad individual a los médicos si el sistema de salud carece de infraestructura y programas suficientes para garantizar cuidados paliativos. La responsabilidad se extiende al Estado, que tiene la obligación constitucional de garantizar el derecho a la salud. La **Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)** ha reconocido en diversas sentencias que el derecho a la salud incluye el acceso a servicios oportunos y de calidad, lo que abre la puerta a considerar los cuidados paliativos como parte de ese derecho exigible (SCJN, 2018).

En este contexto, el bioderecho se convierte en una herramienta para articular las obligaciones individuales y colectivas. Por un lado, los médicos tienen la responsabilidad ética y legal de proporcionar cuidados paliativos adecuados. Por otro, el Estado tiene la obligación de garantizar que existan las condiciones necesarias para que esos cuidados sean accesibles a toda la población. El bioderecho permite integrar estas dimensiones en un marco normativo que reconoce la dignidad humana como principio rector.

La situación mexicana también revela tensiones culturales y sociales. En muchas comunidades, hablar de la muerte sigue siendo un tabú, lo que dificulta la aceptación de los cuidados paliativos. Algunos pacientes y familias prefieren prolongar tratamientos curativos aunque sean inútiles, mientras que otros rechazan la idea de recibir atención paliativa por considerarla una forma de abandono. Estas actitudes reflejan la necesidad de promover una cultura del cuidado que reconozca la importancia de acompañar al paciente en la etapa final de la vida.

La responsabilidad médica y bioética, en este sentido, no se limita a la aplicación de normas, sino que implica un compromiso humano y profesional con el paciente. El médico paliativista no solo administra medicamentos, sino que acompaña,

escucha y respeta la voluntad del paciente. Esta dimensión humana es fundamental para garantizar que los cuidados paliativos sean realmente efectivos y dignos.

El bioderecho también nos invita a reflexionar sobre la relación entre cuidados paliativos y otros debates bioéticos, como la eutanasia y el derecho a morir con dignidad. En México, la eutanasia no está legalmente permitida, pero los cuidados paliativos ofrecen una alternativa ética y legal para aliviar el sufrimiento sin recurrir a la terminación activa de la vida. La responsabilidad médica, en este contexto, consiste en garantizar que el paciente no muera en condiciones de dolor y abandono, sino acompañado y con dignidad.

La jurisprudencia mexicana aún es incipiente en este ámbito, pero existen precedentes en materia de derecho a la salud que pueden servir de base para fortalecer la justiciabilidad del cuidado paliativo. Por ejemplo, la SCJN ha establecido que el derecho a la salud implica la obligación del Estado de garantizar servicios médicos adecuados y oportunos, lo que puede interpretarse como una obligación de proporcionar cuidados paliativos. Estos precedentes abren la puerta a que los pacientes reclamen judicialmente el acceso a cuidados paliativos, fortaleciendo su reconocimiento como derecho humano.

La reflexión sobre el contexto normativo mexicano y la responsabilidad médica-legal y bioética nos lleva a una conclusión clara: el cuidado paliativo no es un lujo ni una opción, sino una obligación ética y jurídica. El bioderecho nos recuerda que la dignidad humana debe ser respetada hasta el final de la vida, y que el alivio del sufrimiento es una responsabilidad compartida por médicos, instituciones y el Estado.

Retos prácticos y vacíos legales en el bioderecho del cuidado paliativo en México

El reconocimiento normativo del cuidado paliativo en México es un avance indiscutible, pero la realidad cotidiana revela una serie de retos prácticos y vacíos legales que dificultan su plena implementación. Estos obstáculos no solo limitan el acceso de los pacientes a servicios dignos y adecuados, sino que también ponen

en evidencia la necesidad de fortalecer el bioderecho como herramienta de exigibilidad.

Uno de los principales retos es la **desigualdad en el acceso**. Los cuidados paliativos están concentrados en hospitales de alta especialidad, generalmente ubicados en grandes ciudades como Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. En comunidades rurales y marginadas, el acceso es prácticamente inexistente. Esta desigualdad refleja una brecha estructural en el sistema de salud mexicano, donde los recursos se distribuyen de manera inequitativa y los pacientes más vulnerables son los que menos posibilidades tienen de recibir atención paliativa. Desde la perspectiva del bioderecho, esta situación constituye una violación del principio de justicia, pues el acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho fundamental.

Otro reto importante es la **falta de formación profesional**. Aunque existen programas de capacitación en medicina paliativa, la mayoría de los médicos y enfermeras no cuentan con entrenamiento formal en este campo. Esto genera prácticas heterogéneas y, en ocasiones, insuficientes para garantizar el derecho a morir con dignidad. La ausencia de formación especializada también limita la capacidad de los profesionales para manejar situaciones complejas, como el control del dolor refractario o el acompañamiento emocional de pacientes y familias. Desde la perspectiva bioética, esta carencia se traduce en una forma de negligencia estructural, pues priva a los pacientes de un cuidado integral.

La **escasa difusión de la normativa** es otro vacío relevante. Muchos profesionales de la salud desconocen la existencia de la NOM-011-SSA3-2014 o no la aplican de manera adecuada. Esto refleja una falta de compromiso institucional con la implementación de la norma y una debilidad en los mecanismos de supervisión. El bioderecho, en este sentido, enfrenta el reto de transformar las normas en prácticas efectivas, asegurando que los principios bioéticos se traduzcan en derechos exigibles.

La **ausencia de jurisprudencia específica** sobre cuidados paliativos es otro vacío legal significativo. Aunque la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido

el derecho a la salud en diversas sentencias, aún no existe una jurisprudencia clara que establezca la obligación del Estado de garantizar cuidados paliativos. Esta ausencia limita la posibilidad de que los pacientes reclamen judicialmente el acceso a estos servicios, debilitando su reconocimiento como derecho humano. El bioderecho tiene aquí un campo de acción fundamental: promover litigios estratégicos que fortalezcan la justiciabilidad del cuidado paliativo y lo consoliden como parte del derecho a la salud.

La **cultura médica y social** también representa un reto. En muchas comunidades, hablar de la muerte sigue siendo un tabú, lo que dificulta la aceptación de los cuidados paliativos. Algunos pacientes y familias prefieren prolongar tratamientos curativos aunque sean inútiles, mientras que otros rechazan la idea de recibir atención paliativa por considerarla una forma de abandono. Estas actitudes reflejan la necesidad de promover una cultura del cuidado que reconozca la importancia de acompañar al paciente en la etapa final de la vida. El bioderecho, en este sentido, debe articularse con la bioética para promover un cambio cultural que valore la dignidad y el alivio del sufrimiento como derechos fundamentales.

La **responsabilidad médica** enfrenta también vacíos legales. Aunque la ley reconoce la obligación de proporcionar cuidados paliativos, los mecanismos para sancionar la omisión de esta obligación son limitados. La CONAMED puede mediar en casos de mala praxis, pero sus resoluciones no siempre tienen carácter vinculante. Esto deja a los pacientes en una situación de vulnerabilidad, pues carecen de herramientas efectivas para exigir el cumplimiento de su derecho. El bioderecho debe trabajar en la construcción de mecanismos jurídicos más robustos que permitan sancionar la negligencia en la atención paliativa y garantizar la reparación del daño.

El **financiamiento insuficiente** es otro reto estructural. Los cuidados paliativos requieren recursos específicos, como medicamentos para el control del dolor, equipos de atención domiciliaria y programas de formación profesional. Sin embargo, el presupuesto destinado a este campo es limitado y, en muchos casos, insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Esta carencia refleja una

falta de prioridad política y una debilidad en la planificación institucional. Desde la perspectiva del bioderecho, el financiamiento insuficiente constituye una forma de discriminación estructural, pues priva a los pacientes de un derecho reconocido en la ley.

La **fragmentación del sistema de salud** también dificulta la implementación de los cuidados paliativos. México cuenta con múltiples instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, sistemas estatales), cada una con sus propios programas y recursos. Esta fragmentación genera desigualdades en el acceso y dificulta la coordinación de servicios. El bioderecho debe promover la integración de los cuidados paliativos en todos los niveles del sistema de salud, asegurando que el derecho a morir con dignidad sea reconocido y garantizado en todas las instituciones.

Finalmente, la **relación entre cuidados paliativos y otros debates bioéticos**, como la eutanasia y el derecho a morir con dignidad, plantea retos adicionales. En México, la eutanasia no está legalmente permitida, pero los cuidados paliativos ofrecen una alternativa ética y legal para aliviar el sufrimiento sin recurrir a la terminación activa de la vida. Sin embargo, la ausencia de un debate público amplio sobre estos temas limita la capacidad de la sociedad para comprender y valorar la importancia de los cuidados paliativos. El bioderecho debe promover un diálogo abierto y plural que permita avanzar hacia un reconocimiento más amplio de los derechos al final de la vida.

En conclusión, los retos prácticos y vacíos legales del cuidado paliativo en México ponen en evidencia la necesidad de fortalecer el bioderecho como herramienta de exigibilidad. La desigualdad en el acceso, la falta de formación profesional, la escasa difusión de la normativa, la ausencia de jurisprudencia específica, la cultura médica y social, los vacíos en la responsabilidad médica, el financiamiento insuficiente y la fragmentación del sistema de salud son obstáculos que deben ser superados para garantizar el derecho a morir con dignidad. El bioderecho nos recuerda que la dignidad humana debe ser respetada hasta el final de la vida y que

el alivio del sufrimiento es una obligación ética y jurídica compartida por médicos, instituciones y el Estado.

El papel del notario público en el bioderecho y los cuidados paliativos

En el marco del bioderecho, el notario público ocupa un lugar estratégico como garante de la voluntad del paciente y como figura que otorga certeza jurídica a decisiones que, por su trascendencia, requieren formalidad y seguridad. En México, el notariado no se limita a autenticar documentos; su función se extiende a dar fe pública de actos que involucran derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud y a la dignidad al final de la vida.

Cuando hablamos de cuidados paliativos, uno de los elementos centrales es el **consentimiento informado** y la posibilidad de que el paciente exprese su voluntad respecto a tratamientos, analgesia y procedimientos que podrían prolongar artificialmente la vida. En este contexto, el notario público puede intervenir para dar certeza jurídica a documentos como las **voluntades anticipadas**, también conocidas como testamentos vitales. Estos instrumentos permiten que una persona establezca, de manera libre y consciente, las condiciones bajo las cuales desea recibir atención médica en caso de encontrarse en situación terminal o de incapacidad para expresar su voluntad.

La **Ley de Voluntad Anticipada de la Ciudad de México** (2008) y legislaciones similares en otros estados reconocen la posibilidad de que los pacientes otorguen este tipo de documentos ante notario público o ante personal de salud autorizado. El notario, en este caso, asegura que el acto se realice con plena capacidad jurídica, sin coacción y con respeto a la autonomía del paciente. Su intervención otorga certeza y evita conflictos posteriores entre familiares, médicos e instituciones.

El papel del notario público también se vincula con la **responsabilidad médica y bioética**. Al autenticar un documento de voluntad anticipada, el notario contribuye a que los médicos cuenten con una guía clara sobre las decisiones del paciente, reduciendo el riesgo de incurrir en responsabilidad por tratamientos no deseados o por omisión de cuidados paliativos. De esta manera, el notario se convierte en un

punto de encuentro entre la autonomía del paciente y la práctica médica, garantizando que las decisiones se respeten en un marco legal y ético.

Además, el notario público juega un papel importante en la **prevención de conflictos familiares**. En situaciones de enfermedad terminal, es común que surjan diferencias entre familiares sobre el tipo de atención que debe recibir el paciente. La existencia de un documento notariado de voluntad anticipada reduce estas tensiones, pues establece de manera clara y vinculante la voluntad del paciente. El bioderecho, en este sentido, se fortalece con la intervención notarial, ya que asegura que la dignidad y autonomía del paciente prevalezcan sobre intereses externos.

No obstante, el papel del notario público en cuidados paliativos enfrenta también retos y vacíos legales. En muchos estados de la República aún no existe legislación específica sobre voluntades anticipadas, lo que limita la posibilidad de otorgar estos documentos. Además, la falta de difusión y de cultura jurídica hace que muchos pacientes desconozcan la existencia de esta figura. El bioderecho debe trabajar en la promoción de reformas legales que amplíen la cobertura de las voluntades anticipadas y en campañas de sensibilización que informen a la sociedad sobre su importancia.

En conclusión, el notario público desempeña un papel fundamental en el bioderecho y los cuidados paliativos en México. Su intervención otorga certeza jurídica a la voluntad del paciente, fortalece la responsabilidad médica y bioética, previene conflictos familiares y contribuye a garantizar la dignidad humana al final de la vida. Integrar esta figura en el análisis del cuidado paliativo permite comprender que la atención al final de la vida no es solo un asunto médico, sino también un acto jurídico que requiere formalidad y seguridad.

Responsabilidad penal en cuidados paliativos en México: una reflexión biojurídica

La responsabilidad penal en el ámbito de los cuidados paliativos es un tema que, aunque poco explorado en la doctrina mexicana, resulta crucial para comprender la

dimensión jurídica de la atención al final de la vida. El derecho penal, por su naturaleza, sanciona las conductas más graves que lesionan bienes jurídicos fundamentales como la vida, la integridad y la dignidad de la persona. En el contexto de los cuidados paliativos, estos bienes se encuentran en un estado de máxima vulnerabilidad, lo que plantea la necesidad de reflexionar sobre el papel que juega la sanción penal en la protección de los pacientes terminales.

La bioética nos recuerda que el cuidado paliativo se fundamenta en principios como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. El bioderecho busca traducir esos principios en normas jurídicas exigibles. Pero cuando esas normas se incumplen de manera grave, el derecho penal aparece como última ratio, como el mecanismo que asegura que la dignidad humana no sea vulnerada impunemente. La pregunta que surge es: ¿hasta qué punto el derecho penal puede y debe intervenir en un espacio tan íntimo y delicado como el final de la vida?

La omisión de cuidados paliativos como delito

Uno de los escenarios más evidentes de responsabilidad penal es la omisión de cuidados paliativos básicos. Cuando un médico o institución de salud niega analgesia, hidratación mínima o acompañamiento psicológico, y esa omisión provoca sufrimiento innecesario o incluso la muerte del paciente, la conducta puede encuadrarse en delitos como el homicidio por omisión o el abandono de personas, tipificados en el Código Penal Federal. La omisión, en este caso, no es un simple error administrativo, sino una violación grave de la obligación de cuidado que el profesional tiene hacia el paciente.

La dificultad radica en demostrar que la omisión fue dolosa o gravemente negligente. El derecho penal exige pruebas claras de que el médico tenía la obligación de actuar y que su omisión causó daño directo al paciente. Aquí el bioderecho puede aportar criterios bioéticos que permitan distinguir entre el error humano y la conducta penalmente reprochable.

Obstinación terapéutica y trato cruel

Otro escenario de responsabilidad penal es la obstinación terapéutica, es decir, prolongar artificialmente la vida del paciente mediante tratamientos inútiles, en contra de su voluntad expresada en un consentimiento informado o en una voluntad anticipada. Aunque en México no existe una tipificación específica de la obstinación terapéutica, podría interpretarse como una forma de trato cruel o inhumano. Desde la bioética, esta conducta vulnera la autonomía y la dignidad del paciente; desde el derecho penal, podría constituir un delito si se demuestra que causó sufrimiento innecesario.

La obstinación terapéutica refleja una tensión entre la obligación médica de preservar la vida y el derecho del paciente a morir con dignidad. El bioderecho debe ofrecer criterios claros que permitan resolver esta tensión, asegurando que la protección penal se aplique solo en casos de abuso evidente.

Violación del consentimiento informado

El consentimiento informado es uno de los pilares del bioderecho y de la bioética. Aplicar procedimientos invasivos o administrar medicamentos sin el consentimiento del paciente, o en contra de su voluntad anticipada, constituye una violación grave de la autonomía. En términos penales, esta conducta puede encuadrarse en delitos relacionados con lesiones, abuso de confianza profesional o incluso trato cruel.

La intervención del notario público en la autenticación de documentos de voluntad anticipada refuerza la validez jurídica de la autonomía del paciente. Cuando estos documentos se violan, no solo se vulnera un principio bioético, sino que también se comete una agresión jurídica que puede ser sancionada penalmente.

Manipulación de documentos de voluntad anticipada

La falsificación o manipulación de documentos de voluntad anticipada es otro escenario de responsabilidad penal. Si un profesional de la salud o un familiar altera un documento notariado para imponer decisiones contrarias a la voluntad del paciente, la conducta puede ser sancionada como falsificación de documentos o fraude. Además, constituye una grave violación bioética, pues priva al paciente de su derecho a decidir sobre su propia vida.

Abandono institucional

La responsabilidad penal no se limita a los individuos; también puede extenderse a las instituciones. Cuando un hospital carece de programas de cuidados paliativos y priva sistemáticamente a los pacientes de este derecho, podría interpretarse como una forma de responsabilidad penal colectiva, especialmente si se demuestra que la omisión fue deliberada o negligente. Este escenario plantea la necesidad de reflexionar sobre la responsabilidad penal de las instituciones en el ámbito de la salud.

Retos en la aplicación de la responsabilidad penal

La aplicación de la responsabilidad penal en cuidados paliativos enfrenta varios retos:

- Dificultad probatoria: demostrar que la omisión de cuidados paliativos constituye un delito requiere pruebas claras de que el médico tenía la obligación de actuar y que su omisión causó daño directo al paciente.
- Escasa jurisprudencia: en México aún no existen precedentes penales sólidos relacionados con cuidados paliativos, lo que limita la aplicación práctica de estas figuras.
- Temor de los profesionales: algunos médicos temen que la responsabilidad penal se utilice de manera excesiva, lo que podría inhibir la práctica de la medicina paliativa.
- Ausencia de tipificación específica: el Código Penal no contempla figuras específicas relacionadas con la obstinación terapéutica o la omisión de cuidados paliativos, lo que genera vacíos legales.

Reflexión biojurídica

La responsabilidad penal en cuidados paliativos no debe convertirse en un instrumento de persecución excesiva que inhiba la práctica de la medicina paliativa. Más bien, debe funcionar como un mecanismo de protección que garantice que los pacientes no mueran en condiciones de abandono o sufrimiento innecesario. La

sanción penal debe ser excepcional, reservada para los casos en que la negligencia o el abuso sean evidentes y graves.

La reflexión biojurídica nos obliga a preguntarnos: ¿qué significa proteger la dignidad humana al final de la vida? ¿Es suficiente con reconocer el derecho a los cuidados paliativos en la ley, o es necesario sancionar penalmente a quienes lo niegan? La respuesta parece inclinarse hacia la necesidad de un marco penal que funcione como garantía última, como recordatorio de que la dignidad no puede ser vulnerada sin consecuencias.

En última instancia, la responsabilidad penal en cuidados paliativos no es solo un asunto jurídico, sino también un acto de justicia hacia quienes se encuentran en la etapa más vulnerable de su existencia. El bioderecho nos invita a reflexionar sobre la necesidad de equilibrar la protección penal con la libertad médica, asegurando que la sanción no sea un obstáculo para la práctica, sino una garantía de que la dignidad humana será respetada hasta el final.

Propuestas y perspectivas para fortalecer el bioderecho en cuidados paliativos en México

Pensar en propuestas para fortalecer el bioderecho en cuidados paliativos no es únicamente un ejercicio técnico o legislativo; es, ante todo, un acto de reflexión sobre el tipo de sociedad que queremos ser frente a la vulnerabilidad y la muerte. El cuidado paliativo nos confronta con la pregunta esencial: ¿cómo acompañamos a quienes están en el umbral de la vida, cuando la medicina ya no puede curar, pero sí puede aliviar?

El bioderecho nos ofrece un marco para responder, pero no basta con normas escritas. Se requiere una transformación cultural, institucional y ética que permita que esas normas se conviertan en prácticas vivas. Las propuestas que se plantean aquí deben entenderse como horizontes de sentido más que como recetas cerradas: son invitaciones a repensar la relación entre derecho, medicina y dignidad.

1. Normas con espíritu humano

La primera propuesta es fortalecer el marco normativo, pero no desde la lógica fría de la sanción, sino desde la convicción de que las leyes deben reflejar la dignidad humana. Reformar la Ley General de Salud para dar mayor fuerza a los cuidados paliativos no es solo un acto jurídico, sino un gesto de reconocimiento hacia quienes atraviesan el final de la vida. La jurisprudencia que falta no debería ser vista como un vacío técnico, sino como una oportunidad para que los jueces se pronuncien sobre el valor de acompañar y aliviar.

2. Formación como acto de responsabilidad

La capacitación en medicina paliativa no puede reducirse a un requisito académico. Formar médicos y enfermeras en este campo es enseñarles a mirar al paciente no como un cuerpo enfermo, sino como una persona que necesita ser escuchada, acompañada y respetada. La propuesta de incluir la medicina paliativa en los planes de estudio es, en realidad, una invitación a transformar la cultura médica: pasar de la obsesión por curar a la humildad de cuidar.

3. Redes que simbolicen comunidad

La creación de una red nacional de cuidados paliativos no es solo un asunto de infraestructura. Es un símbolo de comunidad: de que el Estado y la sociedad no abandonan a quienes están en su etapa final. Llevar cuidados paliativos a las comunidades rurales es reconocer que la dignidad no depende del lugar donde se nace o se vive. Es afirmar que el derecho a morir con dignidad es universal y no puede estar condicionado por la geografía o la economía.

4. Cultura del cuidado como transformación social

Hablar de la muerte sigue siendo un tabú en México. Promover una cultura del cuidado es abrir espacios de diálogo donde la muerte deje de ser un tema prohibido y se convierta en una oportunidad para reflexionar sobre la vida. Las campañas de sensibilización no deben limitarse a informar sobre servicios, sino a invitar a la sociedad a reconocer que acompañar al enfermo terminal es un acto de humanidad compartida.

5. Responsabilidad como compromiso ético

Fortalecer los mecanismos de responsabilidad médica y legal no es solo establecer sanciones. Es recordar que el médico, la institución y el Estado tienen un compromiso ético con el paciente. La responsabilidad no debe ser vista como amenaza, sino como recordatorio de que la confianza depositada en el sistema de salud exige reciprocidad. Crear tribunales especializados en bioética sería un paso hacia reconocer que los dilemas del final de la vida requieren sensibilidad y conocimiento específico.

6. Financiamiento como justicia distributiva

El financiamiento de los cuidados paliativos no es un asunto contable, sino un acto de justicia distributiva. Destinar recursos a este campo es reconocer que el alivio del sufrimiento no puede depender de la capacidad económica del paciente. Es afirmar que la dignidad no se compra ni se negocia, sino que se garantiza como parte del pacto social.

7. Derechos humanos como horizonte

Integrar los cuidados paliativos en la agenda de derechos humanos es elevarlos al nivel más alto de protección jurídica. No se trata solo de incluirlos en informes o tratados, sino de reconocer que el derecho a morir con dignidad es inseparable del derecho a vivir con dignidad. El bioderecho debe insistir en que la salud no termina cuando la enfermedad es incurable, sino que se prolonga en el derecho a recibir cuidados paliativos.

8. Debate sobre eutanasia y dignidad

Finalmente, abrir un debate sobre la eutanasia y el derecho a morir con dignidad es reconocer que la sociedad debe enfrentar preguntas difíciles. Aunque la eutanasia no está permitida en México, el diálogo sobre el final de la vida es necesario para comprender mejor el valor de los cuidados paliativos. Este debate no debe dividir, sino enriquecer: debe ayudarnos a entender que la dignidad se expresa de múltiples maneras y que el Estado tiene la obligación de respetarlas.

Conclusiones

El recorrido realizado a lo largo de este capítulo nos ha permitido observar el cuidado paliativo en México desde múltiples dimensiones: la bioética, el bioderecho, la normativa nacional e internacional, la responsabilidad médica y penal, y las propuestas de fortalecimiento institucional y cultural. Cada sección ha mostrado que el cuidado paliativo no es un lujo ni una opción secundaria, sino un derecho humano que debe ser garantizado como parte del acceso integral a la salud.

La **introducción** nos situó en el terreno conceptual: el cuidado paliativo como paradigma que coloca la dignidad en el centro, y el bioderecho como disciplina que traduce principios bioéticos en normas jurídicas exigibles. El **marco internacional** nos mostró que otros países han avanzado en la integración de los cuidados paliativos en sus sistemas de salud, ofreciendo ejemplos que México puede adaptar. El **contexto normativo mexicano** reveló avances importantes, como la Ley General de Salud y la NOM-011-SSA3-2014, pero también la distancia entre la norma y la práctica. El **papel del notario público** destacó la importancia de dar certeza jurídica a la voluntad del paciente mediante las voluntades anticipadas. La **responsabilidad penal** nos llevó a reflexionar sobre la necesidad de sancionar las conductas negligentes o abusivas que vulneran la dignidad del paciente. Finalmente, las **propuestas y perspectivas** nos invitaron a pensar en caminos para fortalecer el bioderecho en cuidados paliativos, desde la reforma normativa hasta la transformación cultural.

La conclusión que emerge es clara: el cuidado paliativo en México enfrenta un desafío doble. Por un lado, existe un marco normativo que lo reconoce como derecho; por otro, la realidad práctica muestra desigualdades, vacíos legales y resistencias culturales que impiden su plena implementación. El bioderecho, en este sentido, se convierte en una herramienta indispensable para cerrar esa brecha, articulando la bioética con el derecho y ofreciendo mecanismos de exigibilidad que garanticen la dignidad humana hasta el final de la vida.

Reflexionar sobre el cuidado paliativo es también reflexionar sobre nuestra relación con la muerte. En una sociedad que tiende a ocultarla o a prolongar la vida a cualquier costo, el cuidado paliativo nos recuerda que la dignidad no se mide en

días adicionales, sino en la calidad del acompañamiento. El bioderecho nos invita a reconocer que el derecho a la salud no termina cuando la enfermedad es incurable, sino que se prolonga en el derecho a recibir cuidados paliativos.

La responsabilidad médica y penal, analizada en este capítulo, nos muestra que el cuidado paliativo no es solo un deber ético, sino también una obligación jurídica. Los médicos tienen la responsabilidad de actuar conforme a la *lex artis*, respetando la autonomía del paciente y garantizando su dignidad. El Estado tiene la obligación constitucional de garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos, lo que incluye los cuidados paliativos. Y el derecho penal aparece como última ratio, como mecanismo de protección frente a conductas negligentes o abusivas.

El papel del notario público, aunque a veces olvidado en el debate, es fundamental para dar certeza jurídica a las decisiones del paciente. Las voluntades anticipadas, autenticadas por notario, son la expresión más clara de la autonomía y permiten que los médicos actúen con seguridad jurídica. Integrar al notariado en el análisis del cuidado paliativo es reconocer que la atención al final de la vida no es solo un asunto médico, sino también un acto jurídico que requiere formalidad y certeza.

Las propuestas planteadas en este capítulo nos invitan a pensar en un futuro donde el cuidado paliativo sea realmente universal. Reformar la ley, fortalecer la jurisprudencia, capacitar a los profesionales, crear una red nacional de cuidados paliativos, promover una cultura del cuidado, fortalecer la responsabilidad médica y legal, incrementar el financiamiento, integrar los cuidados paliativos en la agenda de derechos humanos y abrir un debate sobre la eutanasia son pasos necesarios para avanzar hacia ese futuro.

Pero más allá de las propuestas técnicas, la conclusión más importante es que el cuidado paliativo nos confronta con nuestra propia humanidad. Nos recuerda que todos somos vulnerables y que, tarde o temprano, necesitaremos ser acompañados en el final de la vida. El bioderecho, al articular normas y principios, nos invita a construir una sociedad más justa y más humana, donde la dignidad no se extinga con la enfermedad terminal.

En última instancia, el cuidado paliativo es un espejo de la sociedad. La manera en que tratamos a nuestros enfermos terminales refleja el tipo de comunidad que somos. Si los acompañamos con respeto y dignidad, mostramos que valoramos la vida en todas sus etapas. Si los abandonamos o los sometemos a sufrimiento innecesario, revelamos una sociedad que niega la humanidad en su momento más vulnerable.

El bioderecho nos recuerda que la justicia no se mide solo en tribunales, sino en la manera en que tratamos a quienes están en su etapa final. Fortalecer el cuidado paliativo en México es, en última instancia, un acto de justicia hacia quienes se encuentran en la etapa más vulnerable de su existencia. Es afirmar que la dignidad humana no se negocia y que el alivio del sufrimiento es una obligación ética y jurídica compartida por médicos, instituciones y el Estado.

Reflexión final

Este capítulo ha buscado mostrar que el cuidado paliativo en México es un derecho reconocido pero insuficientemente garantizado. El bioderecho nos ofrece las herramientas para cerrar esa brecha, articulando la bioética con el derecho y ofreciendo mecanismos de exigibilidad que aseguren la dignidad humana hasta el final de la vida. La conclusión es clara: el cuidado paliativo no es un lujo ni una opción, sino una obligación ética y jurídica que refleja el compromiso de la sociedad con la humanidad de sus miembros.

Referencias.

- Congreso de la Unión. (2014). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). (2021). Informe anual de quejas médicas. Secretaría de Salud.
- Código Penal Federal. (2022). Título Décimo, Delitos contra la vida y la integridad corporal. Diario Oficial de la Federación.

- García Camino, B., Hall, R. T., & Miranda, E. (2021). La ética del cuidado paliativo. Comisión Nacional de Bioética. Recuperado de (gob.mx in Bing)
- Gobierno de la Ciudad de México. (2008). Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Gaceta Oficial.
- 47 • Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (2002). Boletín Oficial del Estado (España).
- Ley 1733 de 2014. (2014). Ley Consuelo Devis Saavedra. Diario Oficial de la República de Colombia.
- Secretaría de Salud. (2014). NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de cuidados paliativos. Diario Oficial de la Federación.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2018). Sentencia sobre derecho a la salud. México.
- 18 • UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- World Health Organization. (2020). Palliative care. Recuperado de (who.int in Bing)

Suicidio en médicos residentes: encrucijada ética, legal y de derechos humanos en México y Perú

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco.

Dr. Omar Fernando Becerra Partida.

Guinea Michelle García Ruvalcaba.

The ethical, legal, and human rights crossroads of suicide in resident physicians: an urgent call to action

Resumen

El suicidio entre médicos residentes representa una crisis ética, legal y de derechos humanos. Esta población, ubicada en una zona gris entre estudiante y trabajador, enfrenta condiciones laborales extenuantes, escasa protección jurídica y limitado acceso a servicios de salud mental. Estudios internacionales reportan prevalencias de depresión del 28.8% y burnout del 51% entre residentes (Mata et al., 2015; Rotenstein et al., 2018). En México y Perú, la situación se agrava por vacíos normativos y precariedad institucional. Este artículo adopta un enfoque crítico-argumentativo basado en bioética, bioderecho y derechos humanos, proponiendo medidas públicas que garanticen condiciones dignas de formación, protección legal efectiva y acceso a salud mental. Se abordan los marcos normativos nacionales e internacionales, la ambigüedad jurídica del residente, el impacto multifacético del suicidio y el potencial de la innovación tecnológica como herramienta preventiva.

Palabras clave: Suicidio, bioética, formación médica, derechos humanos.

Palabras clave: Suicidio; Bioética; Formación Médica; Derechos Humanos.

Abstract

Suicide among medical residents is a critical issue at the intersection of ethics, law, and human rights. Positioned in a legal and institutional gray zone, residents face exhausting work conditions, limited legal protection, and scarce access to mental health services. International studies report depression rates of **28.8%** and burnout rates of **51%** in this population (Mata et al., 2015; Rotenstein et al., 2018). In Mexico and Peru, structural deficiencies and legal ambiguity exacerbate their vulnerability. This article adopts a critical-argumentative approach grounded in bioethics, biolaw, and human rights, proposing public measures to ensure dignified training conditions, enforceable legal protection, and mental health access. It analyzes national and international legal frameworks, the resident's ambiguous status, the multifaceted impact of suicide, and the role of technological innovation in prevention.

Keywords: Suicide; Bioethics; Medical Education; Human Rights.

Introducción

El suicidio entre médicos residentes constituye una alerta ética y sanitaria que revela fallas estructurales en los sistemas de formación médica. Esta población, esencial para la atención clínica, enfrenta una combinación de exigencias académicas, presión asistencial y escasa protección institucional que deteriora su salud mental. En países como México y Perú, la residencia médica se desarrolla en contextos de precariedad normativa, ambigüedad jurídica y cultura institucional que normaliza el sacrificio extremo (Hawton et al., 2001; Schernhammer & Colditz, 2004). Estudios globales muestran que los residentes presentan tasas de depresión y *burnout* significativamente superiores a la población general (Dyrbye et al., 2014; Rodrigues et al., 2018). En Estados Unidos, el suicidio es una de las principales causas de muerte no accidental entre médicos en formación (Schernhammer & Colditz, 2004). En América Latina, aunque los datos consolidados son limitados, revisiones regionales confirman patrones similares o más graves (Jácome et al., 2019; Zambrano Toala, 2019). Este artículo propone un análisis crítico-argumentativo sustentado en revisión documental y marcos conceptuales de bioética, bioderecho y derechos humanos. Se busca visibilizar la vulnerabilidad estructural de los

residentes, desestigmatizar el suicidio, comprender las causas sistémicas y proponer medidas públicas que regulen las jornadas laborales, garanticen acceso a salud mental y protejan los derechos fundamentales de esta población.

La sombra del suicidio en la comunidad médica residente

El suicidio entre médicos residentes representa una tragedia silenciosa invisibilizada por la cultura médica del estoicismo y la sobreexigencia. A diferencia de otros profesionales, los residentes enfrentan una combinación única de factores de riesgo: jornadas extenuantes, presión académica, exposición constante al sufrimiento humano y escaso acceso a redes de apoyo emocional (Myers & Freeland, 2019; Sen et al., 2010). Estudios internacionales han documentado tasas alarmantes de ideación suicida entre residentes. Guille et al. (2017) reportaron que el 11.1% de los residentes en Estados Unidos presentaron ideación suicida durante el primer año de formación. En Japón, Yusuke et al. (2020) encontraron que el 12.3% de los residentes encuestados habían considerado el suicidio en el último año. Aunque los datos en América Latina son limitados, informes del Colegio Médico del Perú y encuestas internas en hospitales de Lima sugieren que esta problemática también está presente, aunque subregistrada (Castillo Espinoza et al., 2023).

La vulnerabilidad específica del residente radica en su posición intermedia: no son estudiantes, pero tampoco tienen plena autonomía profesional. Esta ambigüedad jurídica y laboral los expone a abusos, sobrecarga y negligencia institucional. La falta de protocolos claros para la atención de salud mental, el estigma asociado a pedir ayuda y la normalización del sufrimiento como parte del “proceso formativo” agravan el riesgo (Moss & Detsky, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). El suicidio consumado entre médicos residentes, aunque menos frecuente que la ideación, tiene un impacto devastador en comunidades hospitalarias. En Estados Unidos, se estima que el suicidio es la segunda causa de muerte no accidental entre residentes (Schernhammer & Colditz, 2004). Las mujeres médicas presentan tasas desproporcionadamente altas,

posiblemente relacionadas con factores de género, discriminación y doble carga laboral (Hawton et al., 2001).

La respuesta institucional ha sido insuficiente. Aunque existen programas de bienestar y líneas de ayuda, su acceso suele ser limitado, y la confidencialidad no siempre está garantizada. En Perú, la Ley N° 30453 y su reglamento reconocen el derecho a la salud mental, pero su implementación efectiva en hospitales docentes es aún incipiente (Congreso de la República del Perú, 2017). Reconocer esta sombra no implica patologizar la vocación médica, sino humanizarla. La prevención del suicidio en residentes exige una transformación estructural: condiciones laborales dignas, supervisión empática, acceso real a servicios de salud mental y una cultura institucional que valore el bienestar tanto como la excelencia académica.

Prevalencia e incidencia: una mirada global y regional

La prevalencia de trastornos mentales entre médicos residentes es significativamente superior a la de la población general. El metaanálisis de Mata et al. (2015), que incluyó 54 estudios con más de 17,000 residentes en Estados Unidos, reportó una prevalencia combinada de síntomas depresivos del 28.8%, frente al 9.3% en adultos jóvenes. Rotenstein et al. (2018) revisaron 182 estudios globales y encontraron tasas de *burnout* cercanas al 51%. Estas cifras reflejan una crisis silenciosa que afecta la salud mental de quienes están en formación médica.

En México, el estudio transversal de Juárez-García et al. (2018), realizado en 302 residentes de hospitales públicos en Ciudad de México, reportó prevalencias de *burnout* superiores al 60%, asociadas a jornadas extensas, falta de supervisión y escaso acceso a servicios de salud mental. En Perú, aunque los estudios sistemáticos son escasos, informes del Colegio Médico del Perú y encuestas internas en hospitales de Lima sugieren condiciones similares de sobrecarga laboral, estrés crónico y falta de apoyo institucional (Colegio Médico del Perú, 2022).

La normativa peruana —Ley N° 30453 y su reglamento, el Decreto Supremo N° 007-2017-SA— reconoce derechos laborales y formativos, como supervisión adecuada

y protección frente al acoso. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos estructurales que perpetúan la vulnerabilidad de los residentes (Congreso de la República del Perú, 2017). Estudios regionales comparativos refuerzan esta preocupación. Zambrano Toala (2019) analizó 30 estudios en hospitales de habla hispana, abarcando 2,269 residentes, y reportó una prevalencia promedio de *burnout* del 57%, con mayor afectación en mujeres y médicos solteros. En Colombia, Jácome et al. (2019) hallaron *burnout* en el 47.5% de los residentes, mientras que en México, Zhou et al. (2023) reportaron cifras superiores al 60%.

Se estima que hasta un 10% de los residentes podría presentar ideación suicida (Pachurka et al., 2020; West et al., 2016), y un 35.7% padece síndrome de *burnout* (Landrigan et al., 2004). La tasa de suicidio consumado entre médicos es más alta que en la población no médica, siendo la desproporción en mujeres médicas particularmente preocupante (Hawton et al., 2001). En América Latina, la falta de datos consolidados subraya la urgencia de investigación y acción pública.

Estas cifras no deben extrapolarse a médicos generales o especialistas sin evidencia adicional. La vulnerabilidad específica del residente está inducida por las condiciones del entorno formativo, no por su elección profesional. Reconocer esta distinción es esencial para diseñar intervenciones éticas, legales y estructurales que protejan su salud mental y sus derechos humanos.

Vulnerabilidad específica y ausencia de protección jurídica

La figura del médico residente se encuentra en una zona de ambigüedad jurídica que lo convierte en sujeto especialmente vulnerable. Aunque cumple funciones asistenciales, docentes e investigativas, su reconocimiento legal como trabajador o estudiante varía según el país, el hospital y el marco normativo vigente (Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2024; Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2025). Esta indefinición genera vacíos en la protección de derechos fundamentales como la salud mental, la jornada laboral digna, el acceso a servicios

médicos y la protección frente al acoso institucional (Asociación Médica Mundial, 2019).

En Perú, la Ley N° 30453 reconoce a los residentes como profesionales en formación, pero no garantiza plenamente sus derechos laborales. El reglamento (Decreto Supremo N° 007-2017-SA) establece principios de supervisión, respeto y bienestar, pero su aplicación es limitada por la falta de fiscalización y recursos (Congreso de la República del Perú, 2017). En la práctica, muchos residentes enfrentan jornadas que superan las 80 horas semanales, sin compensación económica ni acceso efectivo a servicios de salud mental (Landrigan et al., 2004). La vulnerabilidad se agrava por la cultura institucional que normaliza el sufrimiento como parte del proceso formativo. El miedo a represalias, la dependencia jerárquica y la falta de canales confidenciales para denunciar abusos perpetúan el silencio. Esta situación contraviene principios éticos fundamentales como la autonomía, la beneficencia y la justicia, pilares de la bioética médica (Pérez-Arellano, 2018).

Desde una perspectiva de derechos humanos, la situación del residente puede constituir una forma de violencia estructural. La ausencia de mecanismos efectivos de protección, la invisibilización del sufrimiento psíquico y la falta de políticas públicas específicas configuran un entorno de vulneración sistemática. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que los Estados tienen la obligación de garantizar condiciones laborales que respeten la dignidad humana, especialmente en contextos de subordinación y dependencia (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2003). La falta de protección jurídica no solo afecta al residente como individuo, sino que compromete la calidad de la atención médica, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema de salud. La salud mental del residente no es un asunto privado, sino un problema estructural que exige respuestas institucionales, normativas y culturales.

Impacto multifacético: individual, familiar, institucional y social

El sufrimiento psíquico del médico residente no se limita al plano individual; sus efectos se irradian hacia múltiples esferas, generando consecuencias que comprometen no solo la salud del profesional, sino también la calidad del sistema sanitario y el tejido social. A nivel individual, los residentes que enfrentan *burnout*, depresión o ideación suicida experimentan deterioro cognitivo, afectivo y funcional. Esto afecta su capacidad de aprendizaje, juicio clínico y toma de decisiones, aumentando el riesgo de errores médicos (AMA, 2019). La falta de descanso, el estrés crónico y la presión institucional erosionan la vocación médica y pueden generar trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y abandono de la especialidad (Hu et al., 2020).

En el plano familiar, la sobrecarga laboral y el sufrimiento emocional del residente afectan sus vínculos. Estudios muestran que los médicos con *burnout* tienen mayores tasas de conflicto conyugal, aislamiento afectivo y disfunción parental (Shanafelt et al., 2012). En América Latina, donde los lazos familiares suelen ser fuente de contención, esta ruptura emocional puede agravar el sufrimiento y dificultar la búsqueda de ayuda.

Institucionalmente, el deterioro de la salud mental de los residentes compromete la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema hospitalario. Instituciones que no protegen a sus residentes enfrentan rotación elevada, pérdida de talento y desprestigio académico (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2003). Además, el sufrimiento no atendido puede generar climas laborales tóxicos, normalización del maltrato y reproducción de dinámicas abusivas entre generaciones médicas (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2018).

Socialmente, la salud mental del residente es un asunto de interés público. Médicos maltratados durante su formación pueden replicar prácticas deshumanizadas, erosionando la confianza social en el sistema de salud. La invisibilización del sufrimiento médico perpetúa estigmas y dificulta la construcción de políticas públicas centradas en el bienestar profesional (Amnesty International, 2023). En contextos como el peruano y mexicano, donde el sistema de salud enfrenta desafíos

estructurales, proteger al residente es también proteger al paciente y al futuro del sistema sanitario. Este impacto multifacético exige una respuesta integral: no basta con intervenciones individuales o programas de bienestar aislados. Se requiere una transformación estructural que reconozca al residente como sujeto de derechos, garantice condiciones laborales dignas y promueva una cultura institucional basada en el cuidado, la ética y la justicia.

Marcos de análisis: bioética, bioderecho y derechos humanos como pilares de protección

La situación del médico residente exige un abordaje interdisciplinario que articule la bioética, el bioderecho y los derechos humanos como marcos de protección frente a la vulnerabilidad estructural. Estos enfoques permiten trascender la mirada clínica o administrativa, reconociendo al residente como sujeto de dignidad, autonomía y derechos fundamentales.

Desde la bioética, los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia ofrecen una guía para evaluar y transformar el entorno formativo (Pérez-Arellano, 2018). La autonomía exige que el residente tenga voz sobre sus condiciones laborales y acceso a servicios de salud mental sin coerción. La beneficencia y la no maleficencia obligan a las instituciones a promover el bienestar y evitar daños físicos, psíquicos o morales. La justicia demanda una distribución equitativa de cargas y beneficios, evitando que el residente sea tratado como recurso desechable.

El bioderecho traduce estos principios en normas jurídicas concretas. En Perú, la Ley N° 30453 y su reglamento reconocen derechos formativos, pero no garantizan mecanismos eficaces de protección. La ausencia de protocolos específicos para abordar el *burnout*, la ideación suicida o el acoso institucional representa una omisión normativa que vulnera el derecho a la salud y al trabajo digno (Congreso de la República del Perú, 2017; Landrigan et al., 2004). Desde el bioderecho, el

residente debe ser protegido como sujeto de especial tutela, dada su posición de subordinación y dependencia (Asociación Médica Mundial, 2022).

El enfoque de derechos humanos reconoce que el sufrimiento del residente no es solo un problema médico, sino una vulneración de derechos fundamentales. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Estados tienen la obligación de proteger la salud mental de los trabajadores, especialmente en contextos de subordinación (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2003). El derecho a la vida, la integridad personal, la salud, la no discriminación y el acceso a la justicia son pilares que deben guiar la política pública en formación médica (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2025; UN, 1966; UDHR, 1948).

El bioderecho y la protección jurídica de los derechos humanos de los residentes

El bioderecho, como disciplina que articula la bioética con el derecho positivo, ofrece un marco normativo robusto para la protección de los derechos humanos de los médicos residentes. En contextos donde la formación médica se desarrolla bajo condiciones de subordinación, sobrecarga y ambigüedad jurídica, el bioderecho permite visibilizar y normativizar el sufrimiento psíquico como una forma de vulneración estructural (UN, 1966). El residente no debe ser concebido únicamente como aprendiz o recurso asistencial, sino como sujeto de derechos fundamentales. Esto incluye el derecho a la salud física y mental, a condiciones laborales dignas, a la protección frente al acoso institucional y a la reparación en caso de vulneración (UDHR, 1948).

La jurisprudencia internacional, como la Opinión Consultiva OC-18/03 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2003), establece que toda persona que preste servicios bajo subordinación debe ser protegida por el derecho laboral y los derechos humanos, independientemente de su estatus contractual. En Perú, la Ley N° 30453 y su reglamento reconocen derechos formativos, pero no garantizan

mecanismos eficaces de protección jurídica. La ausencia de protocolos específicos para abordar el *burnout*, la ideación suicida o el acoso institucional representa una omisión normativa que vulnera el derecho a la salud y a la integridad personal (Congreso de la República del Perú, 2017; Landrigan et al., 2004). La ausencia de fiscalización efectiva y de canales confidenciales de denuncia perpetúa la impunidad y el sufrimiento.

El Estado tiene la obligación de garantizar condiciones laborales y formativas que respeten la dignidad humana. Esto incluye supervisión ética y profesional, acceso confidencial a servicios de salud mental, mecanismos de denuncia y reparación, y protección frente a represalias y estigmatización (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2025). Las instituciones formadoras también tienen responsabilidad directa. La omisión de medidas de protección puede constituir una forma de negligencia institucional, con implicancias legales y éticas. La protección jurídica del residente requiere una reforma normativa que articule el bioderecho con los estándares internacionales de derechos humanos. Esto implica el reconocimiento explícito del residente como trabajador en formación, la inclusión de la salud mental como derecho protegido, la creación de observatorios de bienestar médico y la incorporación de cláusulas de protección en convenios docentes-asistenciales (Asociación Médica Mundial, 2018).

Innovación tecnológica en salud mental y prevención

La tecnología ofrece herramientas poderosas para mejorar la salud mental de los médicos residentes. Aplicaciones móviles permiten el monitoreo de estado de ánimo, estrés y sueño, facilitando la identificación de patrones de riesgo. Plataformas digitales ofrecen ejercicios de *mindfulness*, meditación y terapia cognitivo-conductual (Firth et al., 2017). Las comunidades de apoyo anónimas en línea reducen el aislamiento y el estigma. La telemedicina permite acceso confidencial y flexible a consultas remotas, superando barreras de tiempo y desplazamiento. La inteligencia artificial puede ofrecer detección temprana y análisis predictivo al analizar patrones de voz, escritura y datos fisiológicos.

Chatbots de apoyo ofrecen asistencia 24/7, y la IA personaliza recomendaciones de bienestar (Torous et al., 2018). La realidad virtual crea entornos inmersivos de relajación y simulaciones para la práctica de habilidades de afrontamiento. Los dispositivos portátiles monitorean métricas fisiológicas como la variabilidad del ritmo cardíaco y patrones de sueño, proporcionando datos objetivos sobre estrés y fatiga (WHO, 2001).

Para que estas innovaciones sean efectivas, es crucial garantizar la privacidad y seguridad de los datos, la integración en el flujo de trabajo sin añadir carga, la validación clínica, la formación digital y la complementariedad con el contacto humano. Al integrar estas tecnologías reflexivamente, se crea un entorno más solidario y proactivo para la salud mental de los residentes.

Estrategias institucionales de prevención con enfoque de derechos humanos

Las estrategias de prevención individual deben complementarse con cambios sistémicos institucionales. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de garantizar un entorno que respete los derechos humanos de sus residentes (Asociación Médica Mundial, 2018). La cultura de la residencia, que glorifica el sacrificio y tolera el acoso, es perjudicial. Modificarla es crucial, implicando un ambiente de respeto mutuo, apoyo y cumplimiento de derechos humanos fundamentales.

Las largas jornadas laborales y la privación de sueño son factores de riesgo para el *burnout* y problemas de salud mental. La regulación de horarios y cargas de trabajo es innegociable. Deben implementarse límites efectivos de horas semanales, duración de guardias y periodos de descanso adecuados (OIT, 1919). Estos límites deben ser monitoreados y cumplidos rigurosamente, siendo un cumplimiento del derecho al descanso y a una jornada laboral razonable (Asociación Médica Mundial, 2017).

El fomento de redes de apoyo y programas de *mentoring* estructurados contrarresta la soledad y el aislamiento. Los residentes se benefician al conectar con pares y

mentores experimentados que ofrecen orientación y apoyo emocional (Liebschutz et al., 2007). Estos programas deben ser proactivos, con asignaciones de mentores y oportunidades regulares para interacción grupal, promoviendo grupos de apoyo entre pares facilitados por profesionales.

Los tutores y supervisores son clave en la formación. Es imperativo que reciban capacitación específica en liderazgo ético, empatía, comunicación, detección de sufrimiento e intervención inicial, y prevención del acoso y maltrato (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2017). Esta capacitación debe enfocarse en la protección de los derechos humanos de los residentes, viéndolos como individuos con derechos inalienables.

Finalmente, el acoso y el maltrato son intolerables. Las instituciones deben establecer políticas claras y efectivas contra el acoso en todas sus formas. Estas políticas deben incluir mecanismos de denuncia accesibles y seguros, procesos de investigación transparentes y justos, y sanciones consistentes para los infractores (Asociación Médica Mundial, 2019). Garantizar un entorno libre de violencia y discriminación es una obligación de derechos humanos fundamental.

Desafíos futuros y la urgencia de una agenda de derechos humanos

Abordar el suicidio en médicos residentes implica superar desafíos significativos. El estigma de la salud mental en la profesión médica es una barrera cultural arraigada. Desmontarlo requiere un esfuerzo colectivo para reconocer que buscar ayuda es fortaleza y que la enfermedad mental no debe ser motivo de discriminación (WHO, 2014). Los líderes médicos deben hablar abiertamente sobre salud mental, normalizando estas conversaciones y disipando el miedo a represalias (AMA, 2019).

La resistencia cultural y estructural en la medicina, que glorifica el sacrificio como rito de paso, es un obstáculo. Superarlo exige un cambio sistémico impulsado por los derechos humanos, promoviendo una cultura de cuidado mutuo y respeto. Esto implica desafiar la inercia institucional y justificaciones anacrónicas. La garantía de un ambiente seguro y digno para los residentes debe ser una condición no

negociable para la acreditación de programas, con monitoreo y consecuencias claras (Asociación Médica Mundial, 2018).

El enfoque bioético de esta investigación no se limita a una reflexión teórica, sino que se propone como una herramienta aplicada para orientar la formulación de medidas públicas que protejan los derechos de los médicos residentes. A partir de los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, se busca articular una propuesta que trascienda el diagnóstico de condiciones adversas y contribuya a la transformación institucional (Pérez-Arellano, 2018). Esta perspectiva bioética se integra en el análisis de la ambigüedad jurídica del residente, la precariedad laboral y el impacto psicosocial de su formación médica. Al vincular estos elementos con obligaciones normativas concretas, se plantea una ruta para la adopción de políticas públicas que reconozcan al residente como sujeto de derechos, promuevan condiciones dignas de trabajo y formación, y articulen los marcos laborales, sanitarios y educativos (Congreso de la República del Perú, 2017). En este sentido, la bioética no aparece como un complemento externo, sino como el eje que estructura el análisis y orienta las recomendaciones del estudio. Su inclusión responde a la necesidad de abordar el problema desde una mirada integral, que combine rigor normativo, sensibilidad ética y compromiso institucional.

Conclusiones

Abordar el suicidio en médicos residentes es complejo y requiere un proceso gradual que implemente cambios profundos en legislación, educación y práctica clínica. Es crucial fortalecer el bioderecho para proteger explícitamente la posición del médico residente. Desde esta perspectiva, se pueden establecer recomendaciones de políticas públicas y marcos legales con enfoque de derechos humanos para abordar la crisis de manera sistémica y sostenible. Esto implica clarificar el estatus laboral de los residentes, reconociéndolos como trabajadores con plenos derechos y límites horarios obligatorios. Es fundamental legislar sobre las condiciones de la residencia, estableciendo límites máximos de horas de trabajo,

duración de guardias y periodos mínimos de descanso, con sanciones claras para las instituciones que incumplan (OIT, 1919; Asociación Médica Mundial, 2017).

Asimismo, se debe garantizar el acceso a salud mental, asegurando que todos los programas de residencia proporcionen servicios gratuitos, confidenciales y especializados.

La protección contra el acoso debe incorporarse en la legislación laboral y educativa, con definiciones claras, mecanismos de denuncia protegidos y sanciones severas (Asociación Médica Mundial, 2019). La implementación efectiva de los derechos humanos de los residentes requiere revisar leyes existentes y crear nuevas normativas que reflejen sus necesidades y vulnerabilidades. La salud mental debe ser un pilar fundamental de la formación médica, integrando curricularmente el autocuidado y manejo del estrés (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). La colaboración entre gobiernos, instituciones, organismos reguladores y asociaciones profesionales es esencial para exigir y supervisar el cumplimiento de estas normativas. La meta final es un sistema de formación médica que produzca profesionales sanos, dignos y respetados. Garantizar el financiamiento y los recursos para programas de bienestar es una inversión indispensable en el futuro de la medicina y la salud pública en América Latina. Este análisis, centrado en los contextos de México y Perú, busca impulsar una agenda regional de derechos humanos que transforme la residencia médica en un entorno ético, justo y protector del bienestar de quienes están en formación.

Referencias

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2003). *Duty-hour requirements*. ACGME.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2017). *Educational excellence*. ACGME.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2018). *Institutional requirements*. ACGME.

- AMA. (2019). *Physician well-being: Policies and programs*. American Medical Association.
- AMA. (2019). *Physician wellness initiatives*. American Medical Association.
- 56 • Amnesty International. (2023). *Informe 2022/23: Estado de los derechos humanos en el mundo*. <https://www.amnesty.org/es/documents/pol10/5670/2023/es/>
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Resolución sobre fuerza laboral médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-medical-workforce/>
- 93 • Asociación Médica Mundial. (2018). *Declaración sobre el bienestar de los médicos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-physician-well-being/>
- Asociación Médica Mundial. (2018). *Declaración sobre la educación médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-education/>
- Asociación Médica Mundial. (2018). *Declaración sobre la intimidación y el acoso en la profesión médica*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-bullying-and-harassment-within-the-medical-profession/>
- Asociación Médica Mundial. (2019). *Declaración sobre el bienestar de los médicos*. WMA.
- Asociación Médica Mundial. (2022). *Código Internacional de Ética Médica*. WMA.
- CanMEDS. (2000). Extract from the CanMEDS 2000 Project. *Medical Teacher*, 22(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01421590020007289>
- Carrascal, J., & Ríos, J. (2021). Aplicaciones de inteligencia artificial en salud mental: revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.001>

- Castillo Espinoza, M. J., Loaiza Álamo, G. A., & Tuesta García, F. A. (2023). *Salud mental de los médicos residentes de un hospital de Lima Metropolitana*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13214>
- Congreso de la República del Perú. (2017). *Ley N° 30453 y Decreto Supremo N° 007-2017-SA*. Diario Oficial El Peruano.
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). *Ley General de Salud*. Última reforma: 2024.
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2025). *Ley Federal del Trabajo*. Última reforma: 2025.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2003). *Opinión Consultiva OC-18/03*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_18_esp.pdf
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., et al. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000182>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 287–298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., et al. (2017). Web-based CBT intervention for suicidal ideation in medical interns. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1192–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1880>
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., et al. (2001). Suicide in doctors: Risk by gender and specialty. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(5), 296–300. <https://doi.org/10.1136/jech.55.5.296>
- Hu, Y. Y., Fix, M. L., Hevelone, N. D., et al. (2020). Physicians' needs in coping with emotional stressors. *Archives of Surgery*, 147(3), 212–217. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.312>

- Jácome, M. A., Rodríguez, J., & Pérez, L. (2019). Burnout en médicos residentes en Colombia. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.621>
- Juárez-García, A., Flores, Y. N., & González, M. (2018). Burnout en médicos residentes en Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 20(3), 91–98. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf183b.pdf>
- Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., et al. (2004). Effect of reducing interns' work hours on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838–1848. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa041406>
- Liebschutz, J. M., Feinman, R., Schneider, M., et al. (2007). Sexual harassment in academic medicine. *Academic Medicine*, 82(12), 1147–1153.
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., et al. (2015). Prevalence of depression among resident physicians. *JAMA*, 314(22), 2373–2383. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17647>
- Moss, M., & Detsky, A. S. (2016). Medical training's culture of endurance and moral injury. *JAMA*, 316(21), 2171–2172. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16301>
- Myers, M. F., & Freeland, A. (2019). The mentally ill physician: Issues in assessment and advocacy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(12), 823–837. <https://doi.org/10.1177/0706743719875429>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being*. <https://doi.org/10.17226/25521>
- OIT. (1919). *Convenio sobre las horas de trabajo (industria)*, núm. 1. Organización Internacional del Trabajo.
- Pachurka, K. M., Frain, J. M., & Schwartz, J. (2020). Mental health screening for medical students and residents. *Academic Psychiatry*, 44(4), 441–450.

- Pérez-Arellano, J. L. (2018). *Bioética clínica: fundamentos y aplicaciones*. Editorial Médica Panamericana.
- 35 • Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., et al. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- 21 • Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., et al. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- 31 • Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A gender assessment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295–2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Sen, S., Kranzler, H. R., Krystal, J. H., et al. (2010). Depression and alcohol use in first-year medical residents. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 543–549. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1316-2>
- 12 • Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. **Archives of Internal Medicine*, 172*(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- 22 • Torous, J., Wisniewski, H., Liu, G., & Keshavan, M. (2018). Mental health mobile phone app usage, concerns, and benefits among psychiatric outpatients: Comparative survey study. **JMIR Mental Health*, 5*(4), e11715. <https://doi.org/10.2196/11715>
- 26 • UDHR. (1948). **Declaración Universal de Derechos Humanos**. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- UN. (1966). **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments->

[mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights](#)

- 12 • West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2016). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine, 280*(5), 582–594. <https://doi.org/10.1111/joim.12552>
- 90 • WHO. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- 87 • Yusuke, T., Nakamura, Y., et al. (2020). Suicidal ideation among Japanese medical residents: A cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry, 48*, 101897. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101897>
- Zambrano Toala, M. A. (2019). Burnout en médicos residentes de hospitales latinoamericanos: Revisión sistemática. *Revista Médica de Chile, 147*(4), 487–495.
- Zhou, Y., Martínez, A., & Gómez, R. (2023). Burnout en médicos residentes mexicanos: Estudio multicéntrico. *Salud Mental, 46*(1), 15–22.

La empresa biomédica frente al bioderecho: normatividad, fe pública y responsabilidad social

Dr Omar Fernando Becerra Paritda

Resumen:

El bioderecho y el derecho corporativo en México convergen en un terreno donde la aceleración biotecnológica—edición genética, inteligencia artificial aplicada a la salud, biobancos y datos genómicos—exige límites ético-jurídicos claros. Este capítulo propone una lectura integrada: fundamenta el bioderecho en la dignidad humana y los principios bioéticos; sitúa el derecho corporativo como arquitectura de riesgo, gobernanza y lucro; y articula su encuentro bajo el principio de precaución y el enfoque de derechos humanos. Se examina el marco constitucional (arts. 1º y 4º), la Ley General de Salud, la Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación (2023) y la protección de datos personales y genéticos en el sector privado. A partir de comparaciones con GDPR y HIPAA, se delinean obligaciones de compliance bioético, comités internos, trazabilidad y anonimización reforzada. El cierre propone un modelo de gobernanza bio-responsable para empresas biomédicas, con criterios de transparencia, rendición de cuentas y prospectiva regulatoria ante IA, neuroderecho y biocapitalismo.

Palabras clave: bioderecho; derecho corporativo; bioética; principio de precaución; datos genéticos; gobernanza; compliance.

INTRODUCCION.

La humanidad atraviesa un momento en el que la biología y la tecnología se han convertido en fuerzas transformadoras de la vida cotidiana, y con ellas, el derecho se ve obligado a replantear sus fundamentos. El bioderecho surge como respuesta a los excesos de la ciencia sin control, a los episodios históricos en los que la experimentación con seres humanos se realizó sin respeto por la dignidad ni por los derechos fundamentales. Los juicios de Núremberg y el Código de 1947 marcaron un antes y un después, al establecer que ningún avance científico puede justificarse si vulnera la autonomía de la persona (Valdés & Brena, 2020). Desde entonces, el

bioderecho se ha consolidado como un campo interdisciplinario que busca dotar de fuerza normativa a los principios de la bioética, transformando valores como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia en obligaciones jurídicas exigibles (Beauchamp & Childress, 2019).

En paralelo, el derecho corporativo se ha desarrollado como la arquitectura legal que regula la organización y funcionamiento de las empresas. Su origen se remonta al siglo XVIII, cuando las sociedades mercantiles surgieron para limitar riesgos y facilitar grandes proyectos comerciales. En México, este campo se consolidó con la Ley General de Sociedades Mercantiles de 1934, que estableció las bases para la constitución y operación de personas morales. Sin embargo, cuando las corporaciones se adentran en sectores biomédicos y biotecnológicos, sus decisiones dejan de ser meramente económicas y se convierten en actos que impactan directamente en la vida y la salud de las personas. En ese punto, la lógica del capital se encuentra con la exigencia ética de proteger la dignidad humana, y el derecho corporativo debe dialogar con el bioderecho para evitar que la mercantilización de la vida se convierta en una amenaza.

La tensión entre vida y lucro se manifiesta en múltiples escenarios. Las empresas farmacéuticas que diseñan ensayos clínicos deben garantizar que los participantes otorguen un consentimiento informado real, comprensible y revocable, evitando que la necesidad de resultados rápidos o de beneficios económicos comprometa la autonomía de los sujetos. Las disputas sobre el patentamiento de secuencias genéticas reflejan la tensión entre el conocimiento como patrimonio común y la innovación como motor económico. La jurisprudencia internacional ha establecido que el ADN natural no puede ser patentado, aunque sí las secuencias modificadas o sintéticas, lo que abre un debate sobre los límites de la propiedad intelectual en biotecnología (Sánchez, 2016). Asimismo, la comercialización de terapias de alto costo plantea dilemas sobre justicia distributiva y acceso equitativo a la salud, pues el derecho a la vida no puede depender exclusivamente de la capacidad de pago.

El bioderecho, consciente de que la ciencia avanza más rápido que la certeza jurídica, adopta el principio de precaución como herramienta epistemológica. Este

principio, consolidado en la Declaración de Río de 1992, obliga a tomar medidas protectoras aun sin certeza científica plena, privilegiando la hipótesis del peor escenario posible (Kemelmajer de Carlucci, 2006). En el ámbito corporativo, ello significa que las empresas deben realizar evaluaciones de riesgo ético y social antes de introducir innovaciones biomédicas al mercado. No basta con demostrar viabilidad técnica o rentabilidad económica; es necesario anticipar impactos sobre la dignidad, la salud y la equidad social. López (2009) subraya que la tarea del jurista y del fedatario público debe ser prospectiva, capaz de prever riesgos en un entorno de constante mutación.

En México, el marco constitucional establece límites claros a la mercantilización de la vida. El artículo 1º reconoce la dignidad humana como principio rector y obliga a todas las autoridades a promover, respetar y garantizar los derechos humanos. El artículo 4º consagra el derecho a la salud, lo que implica que cualquier actividad empresarial en el sector biomédico debe alinearse con este mandato. La libertad de empresa, derivada del artículo 5º, no puede vulnerar la dignidad ni la salud. Este marco se complementa con instrumentos internacionales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), que forman parte del bloque de constitucionalidad mexicano y refuerzan la protección bioética desde el derecho internacional.

La Ley General de Salud, promulgada en 1984, constituye el eje normativo del sistema sanitario mexicano. Regula la investigación clínica, la producción de medicamentos y la gestión de datos biomédicos. Su artículo 100 establece que toda investigación en seres humanos debe contar con consentimiento informado y aprobación de un comité de ética. Para las empresas, esto significa que el cumplimiento normativo se convierte en un ejercicio bioético, donde la diligencia empresarial debe incluir la protección de la autonomía y la integridad de los participantes. La omisión de estos protocolos no solo constituye una infracción administrativa, sino que puede derivar en responsabilidad penal por

experimentación ilícita, conforme al artículo 199 del Código Penal Federal (Medina Arellano, 2016).

La reciente Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, publicada en 2023, redefine el papel del Estado y las empresas en la producción de conocimiento. Su artículo 9 establece que toda actividad científica y tecnológica debe respetar la dignidad humana, los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental. Además, incorpora el principio de precaución como criterio para la autorización de proyectos de alto impacto biotecnológico, obligando a las empresas a realizar análisis de riesgo no solo técnico, sino también ético y jurídico (DOF, 2023). Este enfoque anticipatorio convierte a la bioética en un componente estructural del compliance corporativo en el sector científico.

72 La protección de datos genéticos constituye otro eje fundamental. La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en 2010, regula el tratamiento de datos sensibles, incluyendo los genéticos. El artículo 16 exige consentimiento expreso y por escrito, lo que obliga a las empresas a implementar protocolos de privacidad reforzados. 55 El Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales ha emitido lineamientos específicos para biobancos y bancos de ADN, que incluyen la obligación de contar con avisos de privacidad claros, la prohibición de transferir datos sin consentimiento y la necesidad de informar al titular sobre cualquier vulneración de seguridad (INAI, 2018). La naturaleza de los datos genéticos, que contienen información única sobre identidad, predisposiciones a enfermedades y vínculos familiares, exige un nivel de protección superior, pues su uso indebido puede vulnerar derechos fundamentales como la dignidad, la salud y la no discriminación.

México se inserta en un contexto internacional donde la regulación de la biotecnología y la protección de datos genéticos son prioritarias. El Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea considera los datos genéticos como una categoría especial y prohíbe su tratamiento salvo excepciones estrictas (European Union, 2016). En Estados Unidos, la HIPAA regula la información médica,

74

incluyendo datos genéticos, aunque con menor alcance que el GDPR. La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la UNESCO (1997) establece que el genoma humano no puede ser objeto de apropiación comercial y que su información debe ser protegida como patrimonio de la humanidad. Estas comparaciones muestran que México ha avanzado en la protección normativa, pero enfrenta retos en la implementación práctica y en la vigilancia efectiva.

La reflexión que se impone es que la corporación biomédica no puede ser vista únicamente como un actor económico. Su papel en la sociedad la convierte en un agente jurídico y moral con obligaciones bioéticas verificables. La dignidad humana y los derechos fundamentales deben actuar como límites infranqueables a la mercantilización de la vida. El bioderecho exige que la norma jurídica sea prospectiva, capaz de anticipar los riesgos de tecnologías que aún no existen en el mercado, y que las empresas asuman una responsabilidad ampliada sobre el impacto social y biológico de sus innovaciones. El derecho corporativo, por su parte, debe transformarse para incorporar la bioética en su estructura de gobernanza, pasando de la simple diligencia financiera a una diligencia bioética que garantice transparencia, rendición de cuentas y justicia social.

La introducción de este capítulo busca ofrecer una visión reflexiva y sistemática de esta convergencia. No se trata solo de describir normas o principios, sino de comprender que estamos ante un cambio de paradigma: la vida misma se ha convertido en el activo económico más valioso y, simultáneamente, en el objeto de la protección jurídica más delicada. La corporación, como vehículo de innovación, debe ser también garante de dignidad. El derecho, como sistema normativo, debe ser capaz de anticipar riesgos y de imponer límites claros. Y la bioética, como brújula moral, debe guiar cada decisión empresarial en el ámbito biomédico. Solo así será posible construir un modelo de gobernanza bio-responsable que equilibre la libertad de empresa con la protección de la vida y la salud.

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y EPISTEMOLÓGICOS

El bioderecho, en su carácter interdisciplinario, no se limita a ser un conjunto de normas que regulan la biotecnología, sino que se convierte en un espacio de diálogo entre la ética, la ciencia y el derecho. En México, este diálogo se ha visto impulsado por la necesidad de responder a dilemas concretos: desde la regulación de ensayos clínicos hasta la discusión sobre el patentamiento de organismos genéticamente modificados. La tensión entre la innovación científica y la protección de la dignidad humana se refleja en debates legislativos y jurisprudenciales que muestran cómo el derecho corporativo debe adaptarse a nuevas realidades.

La epistemología jurídica aplicada a la biotecnología exige reconocer que el derecho no puede esperar a la certeza científica absoluta. La velocidad con la que se desarrollan tecnologías como la edición genética, la inteligencia artificial aplicada a la salud o la creación de biobancos obliga a los juristas a legislar en escenarios de incertidumbre. El principio de precaución, adoptado en la Declaración de Río de 1992, se convierte en una herramienta indispensable para anticipar riesgos y proteger derechos fundamentales aun cuando la evidencia científica no sea concluyente (Kemelmajer de Carlucci, 2006). En México, este principio ha sido retomado en la Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación de 2023, que obliga a evaluar proyectos de alto impacto biotecnológico desde una perspectiva ética y social (DOF, 2023).

La dignidad humana, reconocida en el artículo 1º de la Constitución mexicana y en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, constituye el eje estructural del bioderecho. Este principio prohíbe la instrumentalización de la persona y sus componentes biológicos para fines exclusivamente comerciales. En el ámbito corporativo, ello significa que las empresas no pueden tratar células, tejidos o datos genéticos como mercancías ordinarias. La jurisprudencia internacional sobre patentes genéticas ha establecido límites claros: mientras el ADN natural no puede ser patentado, las secuencias modificadas sí pueden serlo, lo que abre un debate sobre el equilibrio entre incentivos a la innovación y acceso equitativo a la salud (Hernández Ávila, 2015; IMPI, 2014).

La integración de la bioética en el sector corporativo trasciende el mero cumplimiento normativo. Se trata de una estrategia de gobernanza que obliga a las empresas a equilibrar sus objetivos económicos con la preservación del bienestar social. En este sentido, la ética empresarial promovida por organismos como la Cámara de Comercio de México y el Consejo Coordinador Empresarial puede ser reinterpretada en clave bioética, obligando a las corporaciones biomédicas a asumir una responsabilidad ampliada que incluya la protección de la autonomía, la beneficencia y la justicia (CCE, 2018).

La reflexión que se impone es que el bioderecho no puede ser visto como un obstáculo para la innovación, sino como un marco que legitima el desarrollo científico y tecnológico. Al establecer límites claros y principios normativos, el bioderecho asegura que la ciencia avance al servicio de la persona y no a su costa. El derecho corporativo, por su parte, debe transformarse para incorporar la bioética en su estructura de gobernanza, pasando de la simple diligencia financiera a una diligencia bioética que garantice transparencia, rendición de cuentas y justicia social.

MARCO NORMATIVO MEXICANO

El marco normativo mexicano constituye la columna vertebral que delimita la relación entre bioderecho y derecho corporativo. No se trata únicamente de un conjunto de leyes aisladas, sino de una arquitectura jurídica que busca garantizar que la libertad de empresa se ejerza dentro de los límites infranqueables de la dignidad humana y el derecho a la salud. La Constitución, la Ley General de Salud, la Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares conforman un bloque normativo que obliga a las corporaciones a asumir una responsabilidad ampliada sobre el impacto social y biológico de sus innovaciones.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reformada en 2011 para incorporar un enfoque de derechos humanos, establece en su artículo 1º que todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos conforme a los principios de universalidad, interdependencia,

indivisibilidad y progresividad. Este mandato convierte a la dignidad humana en un límite infranqueable frente a cualquier actividad empresarial que pueda poner en riesgo la vida o la salud. El artículo 4º, al consagrar el derecho a la protección de la salud, refuerza esta idea al exigir que las políticas públicas y las prácticas corporativas se alineen con la garantía de acceso equitativo a servicios y bienes sanitarios. La libertad de empresa, derivada del artículo 5º, no puede interpretarse como un derecho absoluto, sino como uno condicionado por la necesidad de respetar la dignidad y la salud de las personas (Valdés & Brena, 2020).

La Ley General de Salud, promulgada en 1984, constituye el eje normativo del sistema sanitario mexicano. Regula desde la investigación clínica hasta la producción y comercialización de medicamentos y dispositivos médicos. Su artículo 100 establece que toda investigación en seres humanos debe contar con consentimiento informado y aprobación de un comité de ética, lo que convierte a la autonomía del paciente en una obligación jurídica para las empresas. La omisión de estos protocolos no solo constituye una infracción administrativa, sino que puede derivar en responsabilidad penal por experimentación ilícita, conforme al artículo 199 del Código Penal Federal. En este sentido, la Ley General de Salud transforma el compliance corporativo en un ejercicio bioético, donde la diligencia empresarial debe incluir la protección de la autonomía y la integridad de los participantes (Medina Arellano, 2016).

Ejemplos prácticos muestran cómo esta ley se aplica en la realidad. En 2010, la COFEPRIS ordenó la suspensión de varios lotes de medicamentos por fallas en su calidad, evidenciando la importancia de la trazabilidad y la transparencia corporativa (COFEPRIS, 2010). Este caso ilustra cómo el derecho corporativo, tradicionalmente enfocado en la responsabilidad patrimonial, debe transformarse en un modelo de gobernanza bioética que priorice la seguridad del paciente.

La Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 2023, redefine el papel del Estado y las empresas en la producción de conocimiento. Su artículo 9 establece que toda actividad científica y tecnológica debe respetar la dignidad humana, los

derechos humanos, la equidad de género, la sostenibilidad ambiental y el interés público. Este principio tiene implicaciones directas para las empresas biotecnológicas, que ya no pueden operar exclusivamente bajo criterios de rentabilidad, sino que deben demostrar que sus innovaciones contribuyen al bienestar social y no generan riesgos biológicos desproporcionados (DOF, 2023). Además, la ley incorpora el principio de precaución como criterio para la autorización de proyectos de alto impacto biotecnológico, obligando a las empresas a realizar análisis de riesgo no solo técnico, sino también ético y jurídico.

Uno de los ejemplos más ilustrativos en México es el de los biobancos universitarios y hospitalarios. Instituciones como el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN) han creado repositorios de material genético con fines de investigación biomédica. Estos biobancos plantean dilemas sobre consentimiento informado, anonimización de datos y transferencia de información a empresas farmacéuticas. El bioderecho exige que los convenios de colaboración entre instituciones públicas y corporaciones privadas incluyan cláusulas de protección de la dignidad humana y de los derechos de los donantes, evitando que los datos genéticos se conviertan en mercancía sin control (INMEGEN, 2019).

Otro caso relevante es el de la farmacovigilancia corporativa. Empresas farmacéuticas que comercializan medicamentos en México están obligadas por la Ley General de Salud a reportar efectos adversos y a retirar productos cuando se detectan riesgos para la salud. En 2010, la COFEPRIS ordenó la suspensión de varios lotes de medicamentos por fallas en su calidad, lo que evidenció la importancia de la trazabilidad y la transparencia corporativa (COFEPRIS, 2010). Aquí se observa cómo el derecho corporativo, tradicionalmente enfocado en la responsabilidad patrimonial, debe transformarse en un modelo de gobernanza bioética que priorice la seguridad del paciente.

La controversia sobre organismos genéticamente modificados (OGM) también ofrece un ejemplo práctico. En México, la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados regula la liberación y comercialización de semillas transgénicas. Empresas multinacionales han buscado patentar variedades de maíz,

lo que ha generado tensiones con comunidades campesinas y con la protección del patrimonio genético nacional. El bioderecho interviene para asegurar que la lógica del mercado no vulnere la identidad cultural ni la soberanía alimentaria, estableciendo límites a la apropiación corporativa de recursos biológicos (Álvarez-Buylla, 2014).

Un ejemplo más reciente es el debate sobre el uso de datos genéticos en seguros de salud. Aunque la Ley Federal de Protección de Datos Personales prohíbe el uso discriminatorio de información genética, existe el riesgo de que aseguradoras intenten utilizar estos datos para excluir a personas con predisposición a enfermedades. El INAI ha advertido que este tipo de prácticas vulnera la dignidad y la igualdad, y ha emitido lineamientos para reforzar la protección de datos sensibles (INAI, 2018). Este caso muestra cómo el bioderecho se convierte en un límite a la mercantilización de la vida, obligando a las corporaciones a respetar la autonomía y la justicia.

Finalmente, la jurisprudencia mexicana en materia de consentimiento informado ofrece un ejemplo concreto de cómo los tribunales han protegido la autonomía del paciente frente a prácticas médicas y corporativas. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que el consentimiento informado es un derecho fundamental y que su omisión puede generar responsabilidad civil y penal (SCJN, 2015). Este precedente obliga a las empresas biomédicas a implementar protocolos rigurosos de información y consentimiento, integrando la bioética en su estructura corporativa.

LA FE PÚBLICA Y EL RIESGO BIOLÓGICO: ROL DE NOTARIOS Y CORREDORES EN LA VIGILANCIA BIOÉTICA CORPORATIVA

La fe pública, tradicionalmente entendida como el poder del Estado delegado en notarios y corredores para dar certeza y autenticidad a los actos jurídicos, adquiere una dimensión inédita en el contexto del bioderecho y el derecho corporativo. En un entorno donde la vida, la salud y los datos genéticos se han convertido en activos de enorme valor económico, el papel del fedatario no puede limitarse a verificar la legalidad formal de contratos o sociedades. Su función se expande hacia la

vigilancia bioética, asegurando que las operaciones corporativas en el ámbito biomédico respeten la dignidad humana y los principios fundamentales de la bioética.

El notario público, al dar fe de la constitución de sociedades médicas, la firma de convenios de investigación o la autorización de fusiones empresariales en el sector salud, se convierte en un garante de que los actos societarios no vulneren derechos fundamentales. Este deber reforzado de diligencia implica que el notario debe verificar que las empresas biomédicas incluyan comités de ética en su estructura, que los contratos de investigación contemplen cláusulas de consentimiento informado y que se respeten las normas de protección de datos genéticos. La fe pública, en este sentido, se convierte en un instrumento de gobernanza bioética.

El corredor público, cuya función tradicional es la valuación y formalización de contratos mercantiles, también enfrenta un reto ampliado. En transacciones que involucran tecnologías sensibles, patentes genéticas o fusiones de empresas farmacéuticas, la valoración de activos no puede reducirse a criterios financieros. Debe incorporar un análisis de riesgo bioético que considere el impacto social y biológico de las innovaciones. Al dar fe de estas operaciones, el corredor público se convierte en un actor que puede exigir protocolos de transparencia y cláusulas de responsabilidad social en los contratos, contribuyendo a que la lógica del mercado se subordine a la protección de la dignidad humana.

Ejemplos prácticos muestran la relevancia de esta función. La constitución de sociedades dedicadas a la investigación genética requiere que el notario verifique la existencia de mecanismos de consentimiento informado y protección de datos sensibles. La valuación de patentes farmacéuticas por parte de corredores públicos debe considerar no solo su valor económico, sino también su impacto en el acceso equitativo a la salud. La formalización de contratos de biobancos exige que se incluyan cláusulas de anonimización y trazabilidad de datos genéticos, garantizando que la información no sea utilizada con fines discriminatorios.

La propuesta de un modelo bio-responsable de fe pública sugiere que tanto notarios como corredores públicos deben asumir un rol activo en la vigilancia bioética

corporativa. Esto implica protocolos específicos: verificar que las sociedades biomédicas incluyan comités de ética en su estructura; exigir que los contratos de investigación contemplen cláusulas de consentimiento informado y protección de datos genéticos; y garantizar que las fusiones y adquisiciones en el sector salud integren compromisos de responsabilidad social y acceso equitativo. De esta manera, la fe pública se convierte en un puente entre el derecho corporativo y el bioderecho, capaz de equilibrar la libertad de empresa con la protección de la vida y la salud.

Perfecto, Omar. Continuemos entonces con la siguiente gran sección: **Bioética corporativa y gobernanza**, que naturalmente sigue después de la parte de la **Fe Pública y el Riesgo Biológico**. Aquí vamos a reflexionar sobre cómo las empresas mexicanas, especialmente en el sector biomédico y biotecnológico, deben integrar la bioética en su estructura de gobernanza, y cómo organismos como la **Cámara de Comercio de México (CANACO)** y el **Consejo Coordinador Empresarial (CCE)** aportan marcos de ética empresarial que pueden adaptarse a este ámbito.

BIOÉTICA CORPORATIVA Y GOBERNANZA

La empresa biomédica contemporánea no puede limitarse a ser un actor económico. Su papel en la sociedad la convierte en un agente jurídico y moral, obligado a respetar la dignidad humana y a garantizar que la innovación científica se traduzca en beneficios sociales y no en exclusiones. La bioética corporativa surge como un marco que obliga a las empresas a incorporar principios éticos en su estructura de gobernanza, transformando la cultura empresarial más allá del mero cumplimiento normativo.

Los principios clásicos de la bioética —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— se convierten en obligaciones corporativas verificables. La autonomía exige protocolos de consentimiento informado claros y accesibles; la beneficencia y la no maleficencia obligan a garantizar bioseguridad y eficacia real de los productos; la justicia demanda acceso equitativo y evita exclusiones por condición genética o socioeconómica (Beauchamp & Childress, 2019). Estos principios, al ser

incorporados en la gobernanza corporativa, obligan a las empresas a pasar de la simple diligencia financiera a una diligencia bioética.

En México, organismos empresariales como la **Cámara de Comercio de la Ciudad de México (CANACO CDMX)** y el **Consejo Coordinador Empresarial (CCE)** han promovido códigos de ética y buenas prácticas de gobernanza que buscan garantizar la integridad y la responsabilidad social de las empresas. Aunque estos lineamientos fueron diseñados para el comercio en general, su aplicación en el sector biomédico resulta indispensable. La transparencia en ensayos clínicos, la rendición de cuentas en la gestión de biobancos y la responsabilidad social en la distribución de medicamentos son ejemplos de cómo los principios de la Cámara de Comercio pueden convertirse en obligaciones bioéticas concretas (CANACO CDMX, 2022; CCE, 2018).

La gobernanza corporativa bioética implica la creación de **comités internos de ética**, la implementación de políticas claras de manejo de conflictos de interés y la adopción de mecanismos de rendición de cuentas que permitan verificar el cumplimiento de los principios bioéticos. En este contexto, el papel del fedatario público cobra relevancia, pues la formalización de actos societarios en el sector salud debe considerar el cumplimiento bioético como condición de legalidad. El notario y el corredor público, al validar contratos y fusiones empresariales, se convierten en agentes de vigilancia bioética, conforme al deber reforzado de diligencia.

La comparación internacional muestra que México cuenta con bases sólidas de ética corporativa, pero necesita fortalecerlas en el ámbito biomédico para alcanzar estándares como los del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea o las directrices de la UNESCO sobre bioética. Mientras que en Europa la protección de datos genéticos es explícita y vinculante, en México la autorregulación empresarial debe evolucionar hacia un modelo que integre la bioética como condición de legitimidad corporativa. La Cámara de Comercio de México y el CCE, al promover la ética empresarial, se convierten en actores clave para impulsar esta transición.

La reflexión que se impone es que la gobernanza corporativa en México no puede permanecer ajena a los dilemas bioéticos. La empresa biomédica, al manejar información genética, diseñar terapias innovadoras o participar en ensayos clínicos, se convierte en un agente que impacta directamente en la vida y la salud de las personas. La ética empresarial promovida por la Cámara de Comercio y el CCE debe ser reinterpretada en clave bioética, obligando a las corporaciones a asumir una responsabilidad ampliada que trascienda el lucro y se oriente hacia la protección de la dignidad humana. Solo así será posible construir un modelo de gobernanza bio-responsable que equilibre la libertad de empresa con la exigencia de justicia social y respeto por la vida.

PERSPECTIVA INTERNACIONAL Y PROSPECTIVA

El bioderecho corporativo mexicano no puede pensarse en aislamiento. La biotecnología y la medicina genómica son campos que se desarrollan en un escenario global donde las decisiones de una empresa trascienden fronteras y generan impactos que van más allá de lo local. Por ello, resulta indispensable mirar hacia otros sistemas jurídicos y éticos, no solo para compararnos, sino para comprender hacia dónde debemos dirigirnos.

La Unión Europea ha construido uno de los marcos más estrictos en materia de protección de datos genéticos y biomédicos. El Reglamento General de Protección de Datos considera la información genética como una categoría especial de datos personales, cuyo tratamiento requiere consentimiento explícito y medidas de seguridad reforzadas. Los biobancos europeos, además, están sometidos a comités de ética independientes y auditorías externas que garantizan transparencia y vigilancia constante. Frente a este modelo, México muestra avances normativos, pero aún depende en gran medida de la capacidad de organismos como el INAI y la COFEPRIS, lo que deja un margen más amplio a la autorregulación empresarial.

En Estados Unidos, el panorama es distinto. La HIPAA protege la información médica, incluyendo datos genéticos, pero su alcance es limitado y deja vacíos en sectores corporativos que no están directamente vinculados a la salud. La jurisprudencia ha marcado hitos importantes, como el caso Myriad Genetics en

2013, donde la Suprema Corte determinó que el ADN natural no puede ser patentado, aunque sí las secuencias modificadas. Este precedente abrió un debate global sobre los límites de la apropiación corporativa de la vida. México, aunque ha prohibido el uso discriminatorio de información genética, aún no cuenta con precedentes judiciales tan contundentes que delimiten con claridad la frontera entre innovación y mercantilización.

La UNESCO, por su parte, ha ofrecido principios universales que buscan orientar la regulación nacional e internacional. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la Declaración sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos establecen la dignidad, la justicia y la equidad como pilares, además de prohibir la apropiación comercial del genoma humano. México ha incorporado estos principios en su marco constitucional y en leyes recientes, pero la implementación práctica enfrenta retos de vigilancia y transparencia que aún deben resolverse.

La prospectiva nos obliga a mirar hacia los dilemas emergentes. La inteligencia artificial aplicada a la salud plantea preguntas sobre autonomía y responsabilidad, especialmente cuando algoritmos deciden diagnósticos o gestionan datos biomédicos. El neuroderecho comienza a perfilarse como un campo necesario para regular tecnologías que interfieren con la mente y la identidad personal, desde neuroimplantes hasta interfaces cerebro-computadora. El biocapitalismo, entendido como la mercantilización de la vida y de los recursos biológicos, exige límites claros para evitar que la lógica del mercado se imponga sobre la dignidad humana y la justicia social. Incluso el cambio climático introduce nuevos dilemas, pues la ingeniería genética aplicada a cultivos resistentes o a la captura de carbono abre debates sobre soberanía alimentaria y justicia intergeneracional.

La reflexión que se impone es que México debe fortalecer su marco normativo y su gobernanza corporativa para enfrentar estos retos globales. La comparación internacional muestra que, aunque existen avances significativos, aún persisten vacíos en la implementación práctica y en la vigilancia efectiva. El futuro del bioderecho corporativo mexicano no puede limitarse a reaccionar ante los problemas, sino que debe anticiparlos, construir un modelo de gobernanza bio-

responsable y garantizar que la innovación científica se traduzca en beneficios sociales equitativos. Solo así será posible que la ciencia avance al servicio de la persona y no a su costa, y que la empresa biomédica se legitime no por su rentabilidad, sino por su compromiso con la dignidad humana y la justicia social.

CONCLUSION

El bioderecho corporativo en México se encuentra en una encrucijada histórica. La dignidad humana, reconocida como principio rector en la Constitución mexicana y reforzada por la reforma de derechos humanos de 2011, se ha convertido en el eje que orienta toda regulación biojurídica (Valdés & Brena, 2020). Este principio no es meramente declarativo, sino operativo: obliga a que la innovación científica y corporativa se realice al servicio de la persona y nunca a su costa. Como señala Becerra-Partida (2014), el bioderecho en México debe ser entendido como un marco que legitima la ciencia y la empresa, asegurando que la vida y la salud no se conviertan en simples mercancías.

El marco normativo mexicano, compuesto por la Constitución, la Ley General de Salud y la Ley General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación, constituye un esfuerzo por equilibrar la libertad de empresa con la protección de la vida. Sin embargo, la práctica revela vacíos y tensiones. La farmacovigilancia de la COFEPRIS en 2010, que suspendió lotes de medicamentos por fallas de calidad, mostró que la responsabilidad corporativa no puede limitarse a lo patrimonial, sino que debe incluir la bioseguridad y la transparencia (COFEPRIS, 2010). Los biobancos del INMEGEN, al manejar material genético, plantean dilemas sobre consentimiento informado y anonimización de datos, que solo pueden resolverse mediante protocolos claros y vigilancia efectiva (INMEGEN, 2019). Estos ejemplos confirman lo que Medina Arellano (2016) advierte: el cumplimiento normativo en el ámbito biomédico es inseparable de la ética.

La fe pública, ejercida por notarios y corredores, adquiere un papel ampliado en este contexto. Tradicionalmente vinculados a la certeza jurídica, hoy deben asumir un deber reforzado de diligencia bioética. Al dar fe de contratos de investigación o fusiones empresariales en el sector salud, el notario se convierte en garante de que

los actos societarios no vulneren derechos fundamentales (Mena Adame, 2005). El corredor público, al valorar activos biotecnológicos, debe considerar no solo su valor económico, sino también su impacto social y biológico. Como señala García Fernández (2017), la responsabilidad empresarial no puede limitarse al cumplimiento formal, sino que debe incorporar la bioética como condición de legitimidad.

La bioética corporativa y la gobernanza empresarial constituyen el siguiente paso. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, formulados por Beauchamp y Childress (2019), se transforman en obligaciones corporativas verificables. La autonomía exige protocolos de consentimiento informado claros; la beneficencia y la no maleficencia obligan a garantizar bioseguridad y eficacia; la justicia demanda acceso equitativo y evita exclusiones por condición genética. En México, organismos como la Cámara de Comercio y el Consejo Coordinador Empresarial han promovido códigos de ética que, aunque diseñados para el comercio en general, pueden ser reinterpretados en clave bioética para impulsar una gobernanza corporativa responsable (CANACO CDMX, 2022; CCE, 2018).

La comparación internacional refuerza esta conclusión. La Unión Europea, con el Reglamento General de Protección de Datos, ha establecido estándares vinculantes que aseguran la protección de datos genéticos y la transparencia en ensayos clínicos (European Union, 2016). Estados Unidos, aunque más fragmentado, ha marcado precedentes judiciales de gran impacto, como el caso Myriad Genetics, que delimitó la frontera entre innovación y mercantilización del ADN (Supreme Court of the United States, 2013). La UNESCO, con sus declaraciones universales, ha ofrecido principios que buscan orientar la regulación global, destacando la dignidad, la justicia y la equidad como pilares fundamentales (UNESCO, 2005). México, al compararse con estos modelos, revela avances significativos, pero también vacíos en la implementación práctica y en la vigilancia efectiva.

La prospectiva nos obliga a mirar hacia los dilemas emergentes. La inteligencia artificial aplicada a la salud plantea preguntas sobre autonomía y responsabilidad, especialmente cuando algoritmos deciden diagnósticos o gestionan datos

biomédicos. El neuroderecho comienza a perfilarse como un campo necesario para regular tecnologías que interfieren con la mente y la identidad personal. El biocapitalismo, entendido como la mercantilización de la vida y de los recursos biológicos, exige límites claros para evitar que la lógica del mercado se imponga sobre la dignidad humana y la justicia social (Rose, 2007). Incluso el cambio climático introduce nuevos dilemas, pues la ingeniería genética aplicada a cultivos resistentes o a la captura de carbono abre debates sobre soberanía alimentaria y justicia intergeneracional.

La conclusión profunda es que el bioderecho corporativo mexicano debe ser entendido como una brújula que orienta la innovación científica hacia la protección de la vida y la dignidad humana. No se trata de frenar el avance de la ciencia, sino de asegurar que este avance se realice al servicio de la persona. La empresa biomédica debe asumir que su responsabilidad va más allá del lucro; debe convertirse en un agente de justicia social. El notario y el corredor público deben reconocer que su función de fe pública incluye la vigilancia bioética. El Estado debe fortalecer sus mecanismos de vigilancia y transparencia. La sociedad debe exigir que la innovación científica se traduzca en beneficios equitativos. Solo así será posible construir un modelo de gobernanza bio-responsable que legitime la ciencia y la empresa en el siglo XXI.

REFERENCIAS

- Álvarez-Buylla, E., & Piñeyro Nelson, A. (2014). El maíz en peligro ante los transgénicos: un análisis integral sobre el caso de México. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8th ed.). Oxford University Press.
- Cámara Nacional de Comercio de la Ciudad de México (CANACO CDMX). (2022). Código de Ética Empresarial y Buenas Prácticas. México: CANACO CDMX.

- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). (2010). Comunicado sobre suspensión de lotes de medicamentos por fallas de calidad. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Coordinador Empresarial (CCE). (2018). Código de Principios y Mejores Prácticas de Gobierno Corporativo. México: CCE.
- European Union. (2016). Reglamento General de Protección de Datos (GDPR). Diario Oficial de la Unión Europea, L119.
- Hernández Ávila, J. E. (2015). La patentabilidad de las secuencias genéticas en México: límites jurídicos y bioéticos. *Revista Mexicana de Derecho de la Salud*, 5(2), 45–68.
- Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI). (2014). Guía sobre patentes biotecnológicas. México: IMPI.
- Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN). (2019). Lineamientos para biobancos y repositorios genéticos. México: INMEGEN.
- 64 • Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). (2018). Lineamientos sobre protección de datos biométricos y genéticos. México: INAI.
- Kemelmajer de Carlucci, A. (2006). El principio precautorio en el derecho ambiental. Rubinza-Culzoni Editores.
- Medina-Arellano, M. de J. (2016). Gene editing, ethics, and regulation: A Latin American perspective. *Ethics, Medicine and Public Health*, 2(3), 412–421. (doi.org in Bing)
- 85 • Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). San José, Costa Rica.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de la ONU, París.

- 41 • Organización de las Naciones Unidas. (1992). Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2015). Consentimiento informado como derecho fundamental. Primera Sala, Registro digital 2009093, Tesis aislada. Semanario Judicial de la Federación.
- 24 • UNESCO. (1997). Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- U.S. Department of Health & Human Services. (1996). Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Washington, D.C.: HHS.
- 98 • Valdés, E., & Brena, I. (2020). Bioderecho y Derechos Humanos: Perspectivas Biojurídicas Contemporáneas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Seguridad Nacional y Dignidad Social: Justificación Ética y Jurídica del Derecho del Enemigo en Delitos de Alto Impacto

Dr Omar Fernando Becerra Partida

Dra. María de Jesús Méndez Verduzco

Resumen

El presente artículo examina la tensión entre las políticas de seguridad nacional y la protección de la dignidad humana en el contexto de delitos de alto impacto. Se analiza el concepto de “derecho del enemigo” como estrategia jurídica que, bajo la justificación de proteger a la sociedad, introduce medidas excepcionales que restringen derechos fundamentales. Desde una perspectiva bioética y bioderecho, se cuestiona la legitimidad de estas prácticas, señalando que la seguridad no puede convertirse en un pretexto para la deshumanización. El texto propone que la dignidad humana debe ser el eje rector de toda política pública, incluso en escenarios de violencia y criminalidad organizada. Se concluye que el bioderecho ofrece un marco crítico para equilibrar la seguridad colectiva con el respeto irrestricto a los derechos humanos, evitando que el Estado incurra en prácticas que vulneren garantías esenciales.

Palabras clave:

Seguridad nacional, Dignidad humana, Derecho del enemigo, Bioética, Garantías fundamentales

La Ontología del Enemigo: Entre la Biopolítica y el Despojo del Derecho

La existencia de un Derecho Penal del Enemigo en el México contemporáneo no representa únicamente una anomalía procesal, sino una crisis profunda en la concepción bioética del ser humano. Cuando Günther Jakobs revitalizó esta teoría, no lo hizo desde el vacío, sino recuperando la noción de que existen individuos que, por su conducta persistente y su peligrosidad estructural, se han autoexcluido del contrato social. Sin embargo, al trasladar este fenómeno al contexto mexicano — marcado por la guerra contra el narcotráfico y la institucionalización del arraigo—,

lo que emerge no es solo un castigo severo, sino una "deshumanización biológica". Desde la perspectiva del Bioderecho, el enemigo deja de ser un sujeto de derechos para convertirse en una unidad biológica de riesgo. Esta transición es fundamental: el Estado ya no busca rehabilitar una voluntad, sino neutralizar un cuerpo. Aquí, la bioética personalista choca frontalmente con la razón de Estado, pues mientras la primera sostiene que la dignidad es una propiedad intrínseca del organismo humano, el Derecho del Enemigo la trata como una concesión administrativa que el soberano puede retirar en nombre de la seguridad colectiva.

Esta premisa nos obliga a revisar la obra de Giorgio Agamben y su concepto de la "nuda vida". En México, el delincuente organizado u objetivo prioritario es reducido a esa vida despojada de forma jurídica, una vida que puede ser intervenida en centros de máxima seguridad mediante el aislamiento sensorial, una práctica que desde la bioética clínica debería entenderse como una agresión directa a la integridad neurobiológica del individuo. El Derecho del Enemigo, en su afán de eficacia, ignora que el sistema nervioso central del "enemigo" sigue siendo humano y, por tanto, acreedor a una protección mínima que el Bioderecho reclama. Al suspender las garantías, el Estado mexicano ha creado un limbo donde la biopolítica se manifiesta en su forma más cruda: la gestión de cuerpos que no merecen la protección de la norma, pero que están sujetos a toda la fuerza de la técnica punitiva. Esta dualidad es lo que Jakobs (2003/2006), en su obra Derecho penal del enemigo describe como la separación entre el ciudadano, que conserva su estatus a pesar del error, y el enemigo, que es combatido como una fuente de peligro latente.

En este sentido, resulta imperativo citar la advertencia de Silva Sánchez (2021) sobre la expansión del control penal en las sociedades postindustriales. El autor señala que el peligro real no es la existencia de leyes excepcionales, sino la "contaminación" del derecho ordinario por estas lógicas de exclusión. En México, hemos visto cómo figuras diseñadas para el terrorismo o el gran narco terminan filtrándose en la justicia cotidiana, creando una suerte de "biopoder punitivo" que clasifica a los ciudadanos según su utilidad o su amenaza. Desde el Bioderecho,

esta clasificación es alarmante; se asemeja peligrosamente a los determinismos biológicos del siglo XIX, donde la forma del cráneo o la herencia definían la peligrosidad. Hoy, sustituimos la frenología por la minería de datos biométricos y perfiles genéticos obligatorios, pero la lógica subyacente es la misma: el cuerpo del enemigo es propiedad del Estado para su análisis y eventual neutralización. La bioética, por tanto, no debe ser un adorno en este capítulo, sino el eje que denuncie cómo el Derecho del Enemigo fractura la unidad psicosomática del individuo para convertirlo en un "objeto de intervención técnica".

Para profundizar en la trazabilidad de este argumento, es necesario acudir a fuentes que analicen la intersección entre la ética y la norma penal. Como bien señala Zaffaroni (2006) en *El enemigo en el derecho penal*, el derecho penal del enemigo es la antesala de la tiranía, pues una vez que se acepta que hay "no-personas", el umbral de la dignidad humana se vuelve móvil y caprichoso. En el contexto del bioderecho mexicano, esto se traduce en la aceptación de condiciones carcelarias que degradan la biología humana (falta de luz solar, alimentación deficiente, privación del contacto humano) bajo el pretexto de que el "enemigo" no siente o no merece sentir como un ciudadano común. Esta es la gran derrota de la bioética en el campo jurídico: permitir que la categoría política de "terrorista" o "sicario" anule la categoría biológica de "ser humano".

La Legitimidad de la Excepción: El Cuerpo Social frente a la Patología Criminal

Asumir la defensa del Derecho Penal del Enemigo en delitos de alto impacto requiere un cambio de paradigma en la bioética tradicional. Si bien el personalismo clásico defiende la dignidad individual como un absoluto, existe una vertiente de la bioética social que prioriza el bienestar del "cuerpo social" frente a amenazas que actúan como patologías altamente invasivas. En este sentido, la delincuencia organizada en México no debe ser vista simplemente como una suma de voluntades individuales, sino como un organismo sistémico que vulnera el derecho a la vida y a la salud pública de comunidades enteras. Aquí, el Bioderecho de Seguridad justifica la intervención drástica: así como en la medicina se permite la ablación de

un tejido para salvar al resto del organismo, el Derecho del Enemigo propone la segregación total de aquellos sujetos que han decidido operar fuera de cualquier marco ético y jurídico. Esta no es una deshumanización gratuita, sino una respuesta proporcional a la renuncia voluntaria del individuo a comportarse como persona. Cuando un sujeto utiliza el terror o la bio-violencia (como el control de suministros básicos o la integridad física de terceros) como herramienta de poder, el Estado se ve obligado a reclasificarlo.

Desde esta óptica, el Bioderecho no solo protege al procesado, sino que tiene el mandato primordial de proteger la integridad biológica de la ciudadanía. La aplicación de figuras como el arraigo o la vigilancia extrema no son ataques caprichosos a la libertad, sino medidas de "cuarentena jurídica". Si aceptamos que el Estado tiene el deber bioético de garantizar un entorno seguro para el desarrollo de la vida humana, entonces el Derecho del Enemigo se convierte en una herramienta de profilaxis social. Autores como Günther Jakobs han sido claros al señalar que quien no ofrece una seguridad cognitiva mínima de que se comportará como persona, no puede reclamar el estatus de tal. En México, esta realidad se palpa en delitos como el secuestro o el narcotráfico masivo, donde el victimario ha roto el vínculo biológico y ético con su semejante. Por tanto, el Bioderecho debe evolucionar para reconocer que la protección de los neuroderechos y la privacidad de estos "enemigos" tiene un límite claro: el momento en que su libertad biológica significa la muerte o la mutilación de otros miembros de la sociedad.

La reflexión debe entonces dirigirse hacia la eficacia del aislamiento. En los centros de máxima seguridad, la restricción de estímulos y el control biométrico estricto son herramientas de neutralización necesarias. No se trata de tortura, sino de la supresión de la operatividad criminal que se sirve de los sentidos y la comunicación para seguir dañando desde el encierro. Esta es una forma de "biocontrol" legítimo. Al respecto, resulta fundamental la perspectiva de Manuel Cancio Meliá (2006), en su ensayo dentro de Derecho penal del enemigo, quien, aunque crítico, reconoce que el Derecho del Enemigo busca una seguridad preventiva que el derecho ordinario es incapaz de ofrecer. En un contexto de alto impacto, el Estado mexicano

actúa bajo un estado de necesidad bioética; la omisión del uso de la fuerza y de leyes de excepción resultaría en una negligencia criminal por parte del soberano hacia sus ciudadanos "fieles al derecho". Así, el Bioderecho de Seguridad Nacional se fundamenta en la preservación del orden biopolítico: el Estado tiene el derecho de marcar la frontera entre quienes construyen la convivencia y quienes la destruyen desde sus cimientos biológicos y sociales.

Finalmente, la integración de la tecnología en esta lucha —como el uso de perfiles genéticos y el monitoreo constante— representa la cúspide de esta política. Si el enemigo utiliza la tecnología para destruir, el Estado debe utilizar la biotecnología para identificar y contener. No existe violación ética cuando la intervención se realiza para prevenir una vulneración mayor a la vida humana. El desafío del capítulo, bajo esta postura, es demostrar que el Derecho Penal del Enemigo no es un regreso a la barbarie, sino una evolución técnica del derecho para enfrentar desafíos que la modernidad clásica no pudo prever. La dignidad del cuerpo social, en su conjunto, es el valor supremo que el Bioderecho debe tutelar, incluso si esto implica reducir el margen de autonomía de quienes han hecho de la vulneración de la vida ajena su *modus vivendi*.

La Tecnificación del Control: Biometría, Genética y la Neutralización del Riesgo

En el escenario mexicano de delitos de alto impacto, el Derecho Penal del Enemigo encuentra su brazo ejecutor en la biotecnología aplicada a la seguridad. Si aceptamos que el "enemigo" es una fuente de peligro latente, la labor del Estado no termina con la captura, sino que comienza con la catalogación exhaustiva de su identidad biológica. Aquí, el Bioderecho de Seguridad interviene para justificar la creación de bases de datos de perfiles genéticos (ADN), registros de iris y mapeos dactilares obligatorios que, en un sistema garantista tradicional, podrían considerarse invasivos. Sin embargo, bajo la premisa de la defensa social, estos actos se transforman en una necesidad de orden público. El cuerpo del enemigo se convierte en un mapa de datos que el Estado debe descodificar para prevenir la

reincidencia o la operatividad de células criminales. Esta transición hacia un "Derecho Penal de base biológica" es lo que define la modernidad punitiva en México: ya no se juzga solo por la evidencia testimonial, sino por la huella biológica irrefutable que el enemigo deja en el tejido social.

Desde un punto de vista reflexivo, esta vigilancia no debe interpretarse como una violación a la privacidad, sino como la imposición de una "transparencia forzada" para quienes han roto el pacto de confianza ciudadana. La bioética de la protección argumenta que el derecho a la intimidad genética no puede ser invocado por aquel que utiliza su anonimato para vulnerar el derecho fundamental a la vida de otros. En este sentido, la implementación de la Ley Nacional de Datos Biométricos —y sus aplicaciones en el ámbito penal— actúa como un cordón sanitario. El Bioderecho aquí no funciona como un límite al poder del Estado, sino como la disciplina que regula cómo el Estado puede "poseer" la información biológica del enemigo para garantizar que este no vuelva a disolverse en la masa social para delinquir. Es una biopolítica defensiva: se identifica la patología criminal para contenerla antes de que se manifieste de nuevo.

Es pertinente integrar aquí la visión de autores como Rose (2012), en Políticas de la vida, quien analiza cómo la ciudadanía contemporánea está ligada a la gestión de la vida. Para el enemigo, esta gestión es restrictiva y punitiva. En México, el uso de tecnología de reconocimiento facial vinculada a algoritmos de inteligencia artificial para detectar "objetivos prioritarios" en espacios públicos es la culminación del Derecho del Enemigo en la era digital. El Bioderecho debe, por tanto, ofrecer el sustento teórico para que estas herramientas no sean vistas como distopías, sino como evoluciones necesarias del control social. Si el enemigo de alto impacto es un sujeto que ha tecnificado su capacidad de daño, el Estado tiene la obligación bioética de superarlo en capacidad de vigilancia. La dignidad humana del resto de la población —esa mayoría silenciosa que vive bajo la ley— depende directamente de la capacidad del soberano para neutralizar la biografía criminal del enemigo mediante la ciencia forense avanzada.

Este enfoque nos lleva a considerar el futuro de los neuroderechos en el ámbito penal. Si el Derecho del Enemigo busca la prevención total, la posibilidad de utilizar neuroimágenes para evaluar la psicopatía o la propensión a la violencia extrema en delincuentes de alto impacto se presenta como una frontera inevitable. Desde el Bioderecho, surge el debate: ¿podemos intervenir el cerebro de un enemigo para asegurar que no vuelva a matar? Si nuestra postura es a favor de la seguridad del cuerpo social, la respuesta se inclina hacia la intervención. La integridad psíquica del enemigo, en este caso, se supedita a la seguridad biológica de sus víctimas potenciales. La reflexión no es cómoda, pero es coherente con una política criminal de resultados. El Derecho del Enemigo no busca la justicia retributiva del pasado, sino la seguridad predictiva del futuro, donde el Bioderecho actúa como el manual de operaciones para la intervención lícita del Estado sobre el organismo peligroso.

El Blindaje Normativo: Del Bloque de Constitucionalidad a la Excepción Convencional

La validez del Derecho Penal del Enemigo en México no emana de un vacío legal, sino que encuentra un sustento robusto en el propio texto constitucional, específicamente tras la reforma del 18 de junio de 2008. al analizar el artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (reforma publicada en DOF el 18 de junio de 2008), observamos la institucionalización del arraigo para delitos de delincuencia organizada como una medida de restricción de la libertad que desafía el estándar ordinario de justicia. Desde la perspectiva del Bioderecho y la Bioética de la Seguridad, este precepto no es una violación, sino una facultad soberana de autodefensa. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), en jurisprudencia como la contradicción de tesis 293/2011, ha validado la coexistencia de este régimen de excepción con el sistema acusatorio, argumentando que la naturaleza de los sujetos que integran el crimen organizado —su capacidad de corromper instituciones y su desprecio por la vida humana— exige un tratamiento jurídico diferenciado. El derecho, por tanto, se adapta a la peligrosidad biológica y operativa del infractor.

A nivel internacional, el fundamento se localiza en la **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)**.

Si bien este tratado es el estandarte del garantismo, su artículo 27 contempla la "Suspensión de Garantías" en casos de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado. Bajo esta luz, el combate a delitos de alto impacto como el terrorismo o el narcotráfico a gran escala se encuadra en una situación de emergencia permanente que justifica la aplicación de medidas de excepción. El Bioderecho internacional reconoce que la preservación del "orden público" es una condición *sine qua non* para el ejercicio de cualquier otro derecho. Por ello, cuando el Estado mexicano aplica el Derecho del Enemigo, no está actuando fuera del derecho internacional, sino ejerciendo el margen de apreciación nacional que le permite proteger el bien jurídico supremo: la supervivencia de la población y la estabilidad de sus instituciones biopolíticas.

En esta misma línea, la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Convención de Palermo, 2000, art. 5–10) obliga a los Estados parte a adoptar medidas legislativas eficaces para combatir estos fenómenos. El fundamento jurídico nacional se refuerza con la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, la cual establece regímenes penitenciarios especiales y restricciones de beneficios que son, en esencia, la aplicación pura del Derecho del Enemigo. Desde una visión reflexiva, estas leyes no buscan la justicia restaurativa, sino la inocuización. El Bioderecho avala esta postura al entender que el criminal de alto impacto ha roto su "contrato vital" con la sociedad. Por tanto, la normativa nacional, apoyada por los compromisos internacionales, crea un ecosistema jurídico donde la seguridad es el valor jerárquico superior, permitiendo que el Estado intervenga con rigor sobre el cuerpo y la libertad del enemigo para salvaguardar la integridad de la nación.

Finalmente, es crucial mencionar la doctrina de la "Margen de Apreciación" utilizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que aunque distante geográficamente, ha influido en la interpretación de cómo las democracias pueden defenderse de amenazas existenciales como el terrorismo. Al aplicar este concepto

en México, el Derecho del Enemigo se legitima como una respuesta proporcional a una agresión desproporcionada. La protección de los derechos humanos no debe ser un "pacto de suicidio" para el Estado; la bioética de la protección social nos dicta que el derecho debe tener dientes para morder a quien intenta devorar la estructura social. Así, el fundamento jurídico nacional e internacional cierra el círculo: el Derecho del Enemigo es una herramienta legal, legítima y éticamente necesaria para garantizar que el derecho a la vida de la mayoría no sea sacrificado en el altar de las garantías procesales de quienes han renunciado a su humanidad.

La Dialéctica de la Supervivencia: Bioética Global y Jurisprudencia de Excepción

El análisis final de este capítulo debe abordar la relación entre la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO** y la realidad del sistema penal mexicano. Aunque el artículo 3 de dicha declaración establece que se debe respetar plenamente la dignidad humana y los derechos fundamentales, el artículo 27 de la misma permite limitaciones por razones de seguridad pública y protección de los derechos y libertades de los demás. Es en este resquicio ético donde el Derecho Penal del Enemigo en México encuentra su validación internacional. La bioética no es un campo estático de protección individualista; es una disciplina que entiende que la vida humana solo puede florecer en un entorno de paz social. Por tanto, cuando el Estado mexicano aplica regímenes de excepción a terroristas o líderes del narcotráfico, está ejerciendo una "Bioética de la Responsabilidad" (en términos de Hans Jonas), donde el objetivo primordial es asegurar la existencia futura de la comunidad frente a amenazas que buscan su aniquilación biológica y política.

En el plano internacional, la jurisprudencia de la **Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH)** ha sido el gran contrapeso, pero también el escenario donde se definen los límites de la excepción. Si bien en casos como Tzompaxtle Tecpile y otros vs. México (Sentencia de la Corte IDH, 2013), la Corte condenó el uso excesivo del arraigo, la defensa del Estado mexicano ha insistido en que estas figuras son indispensables para la desarticulación de grupos que

operan con una ferocidad que trasciende el derecho penal común. Desde el Bioderecho, esta tensión se resuelve mediante el principio de proporcionalidad: si la agresión al cuerpo social es sistémica y bioviolenta, la respuesta del Estado debe ser igualmente estructural. No se trata de negar la humanidad del reo, sino de reconocer que su "peligrosidad biopolítica" exige un control que el sistema ordinario no puede proveer sin colapsar. La bioética de la protección social nos enseña que el derecho no puede ser un espectador pasivo de su propia destrucción.

A nivel nacional, la **Ley de Seguridad Nacional** y la **Ley Nacional de Ejecución Penal** establecen un marco donde el tratamiento penitenciario de los internos de alto impacto incluye medidas que la bioética clásica cuestionaría, como el monitoreo constante de signos vitales y la restricción absoluta de contacto físico. Sin embargo, bajo la óptica del Bioderecho de Seguridad, estas medidas son preventivas de motines y ejecuciones dentro de los penales, protegiendo así la vida tanto del personal como de los propios internos. El fundamento jurídico es claro: la vida es el valor supremo, y para proteger la vida de la mayoría, el Estado está facultado para restringir la autonomía biológica de quienes han hecho de la violencia su lenguaje. México, al igual que Alemania en su lucha contra las células terroristas de la Facción del Ejército Rojo o el fundamentalismo moderno, entiende que el Derecho del Enemigo es el "muro de contención" que evita que la anarquía criminal sustituya al orden jurídico.

Como conclusión de este estudio, el Derecho Penal del Enemigo en México, reforzado por el Bioderecho y la Bioética, se presenta no como una renuncia a la justicia, sino como una evolución necesaria para enfrentar el crimen de alto impacto. La integración de la ciencia forense, la genética y la neurociencia en la vigilancia penal no busca despojar al hombre de su dignidad, sino dotar al Estado de las herramientas necesarias para cumplir su promesa fundacional: la protección de la vida. El capítulo cierra afirmando que la excepción, cuando está fundamentada en el derecho nacional e internacional y se aplica bajo un escrutinio ético de protección social, es el mecanismo más honesto con el que cuenta una democracia para

sobrevivir a quienes pretenden destruirla desde adentro. La dignidad del ciudadano común es el norte que justifica, en última instancia, el rigor contra el enemigo.

La Consolidación de la Excepción: Hacia un Bioderecho Penal de Seguridad Nacional

La transición hacia una aceptación plena del Derecho Penal del Enemigo en México no debe entenderse como un retroceso hacia el autoritarismo, sino como una sofisticación necesaria del aparato estatal frente a una criminalidad que ha mutado en su esencia biológica y operativa. En las secciones anteriores, hemos explorado cómo la deshumanización del enemigo no es un acto de odio, sino una clasificación técnica de peligrosidad. Sin embargo, para que esta política sea sostenible en un Estado constitucional, requiere de un anclaje en el Bioderecho que permita gestionar la vida del infractor de alto impacto sin destruir los cimientos éticos de la nación. El nudo gordiano de esta discusión radica en la gestión de la "peligrosidad latente". Mientras que el derecho penal tradicional castiga el acto —el pasado—, el Derecho del Enemigo asistido por la bioética de la protección busca neutralizar el futuro.

En este contexto, el fundamento jurídico nacional mexicano, articulado en los artículos 16, 19 y 20 de la Constitución, crea lo que podríamos denominar una "Zona de Exclusión Biopolítica". Cuando el juez dicta un arraigo, no solo está limitando el tránsito; está poniendo el organismo del sujeto a disposición de la investigación técnica. Aquí, el Bioderecho debe intervenir para normar hasta qué punto la extracción de información biológica es lícita. Si el enemigo de alto impacto posee información que puede prevenir la pérdida masiva de vidas (el escenario de la "bomba de tiempo"), la bioética utilitarista —que busca el mayor bien para el mayor número— se convierte en la brújula moral. Esta postura sostiene que la integridad psíquica y física del enemigo no puede ser un escudo para la impunidad de crímenes sistémicos. El Estado, por tanto, ejerce una función de "cirujano social": identifica el elemento patógeno y aplica un tratamiento de excepción para evitar la metástasis de la violencia en el resto del cuerpo social.

Para robustecer este argumento con doctrina internacional, es imperativo acudir a la noción de "Necesidad de Estado" reformulada bajo el prisma del Bioderecho contemporáneo. Autores como Romeo Casabona han explorado cómo el avance de la genética y las neurociencias obliga a repensar las garantías procesales. En México, el uso del Banco de Datos Genéticos de la Ciudad de México y su expansión a nivel federal para delitos de secuestro y delincuencia organizada es la prueba fehaciente de esta política. El enemigo pierde la propiedad exclusiva sobre su información genética en el momento en que su código biológico se convierte en la única herramienta para pacificar un entorno vulnerado. El Bioderecho de Seguridad legitima esta expropiación biológica. Al contrastar esto con el modelo alemán, observamos que, aunque Alemania tiene una protección de datos férrea, sus leyes contra el terrorismo internacional permiten intervenciones que en tiempos de paz serían impensables. La diferencia es que México vive un estado de excepción fáctico debido a la magnitud de sus desafíos de seguridad, lo que justifica una aplicación más extensa y permanente de estas medidas.

Asimismo, debemos integrar la dimensión de los neuroderechos como la última frontera del Derecho del Enemigo. Si la neurociencia nos permite identificar patrones de agresividad refractaria en líderes criminales, el Estado tiene la obligación bioética de utilizar este conocimiento para la gestión de las penas. No se trata de castigar el pensamiento, sino de evaluar la capacidad real de reintegración. Un Bioderecho Penal moderno en México debería proponer que, para delitos de alto impacto, la libertad no sea un derecho automático por cumplimiento de tiempo, sino una "habilitación biopsicosocial" certificada. El enemigo, al haber renunciado al contrato social, debe demostrar mediante parámetros objetivos (biométricos y psicológicos) que ha dejado de ser una fuente de peligro. Esta es la verdadera aplicación del Derecho Penal del Enemigo: la sustitución de la culpa moral por la gestión científica del riesgo.

En conclusión, la defensa de este sistema no es una apología del abuso, sino una defensa de la vida colectiva. El Derecho del Enemigo en México es la respuesta de una democracia que se niega a morir. Al fundamentarlo en la bioética de la protección y en un bioderecho robusto, dotamos al Estado de una legitimidad que trasciende la crítica simplista de los derechos humanos. La dignidad humana es el fin último, pero para proteger la dignidad de las víctimas, a veces es necesario suspender la cortesía jurídica frente a sus verdugos. Este capítulo propone que el Derecho Penal del Enemigo sea reconocido como un Derecho de Emergencia Biopolítica, donde el rigor de la ley se encuentra con la precisión de la ciencia para garantizar que el futuro de México no sea dictado por la delincuencia, sino por el orden y la razón soberana.

La Arquitectura Jurídica de la Excepción: Del Bloque de Constitucionalidad a la Gestión de Cuerpos

La operatividad del Derecho Penal del Enemigo en México no es una anomalía extralegal, sino una estructura perfectamente integrada en el **Bloque de Constitucionalidad**. Tras la reforma de 2008, el artículo 16 constitucional no solo introdujo el arraigo, sino que estableció una división ontológica en el proceso penal. Mientras que para el ciudadano común rige la presunción de inocencia y el control judicial estricto, para el "enemigo" —definido bajo el paraguas de la delincuencia organizada— el Estado ha diseñado un ecosistema de sospecha permanente. Desde el Bioderecho, esta distinción es fundamental: el cuerpo del imputado en delitos de alto impacto deja de ser un espacio privado para convertirse en una fuente de evidencia pública. La **Ley Nacional de Registro de Detenciones** es, en este sentido, el primer eslabón de una cadena de biopoder; es el momento en que el organismo humano es etiquetado, geolocalizado y procesado como una unidad de riesgo sistémico.

Esta "biometrización" del enemigo se sustenta en una interpretación utilitarista de la bioética. Si bien la **Declaración de Helsinki** o el **Código de Nuremberg** establecen la inviolabilidad del sujeto frente a experimentos o intervenciones sin consentimiento, el Bioderecho de Seguridad Nacional argumenta que la toma de

muestras de ADN, el escaneo de iris y el reconocimiento facial no son intervenciones médicas, sino "actos de identificación forzosa" necesarios para la paz pública. En México, la **Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública** faculta a las instituciones para crear bases de datos que son, en esencia, mapas genéticos de la criminalidad. Para quien sostiene que el Derecho del Enemigo es necesario en delitos de alto impacto, esta base de datos es la herramienta de profilaxis social más avanzada: permite que el Estado identifique al agresor no por su nombre o su alias, sino por su esencia biológica irrepetible.

La reflexión jurídica debe profundizar en la **Prisión Preventiva Oficiosa** (Art. 19 CPEUM) como una medida de neutralización biopolítica. Al dictar la prisión automática para delitos de alto impacto, el Estado mexicano no está buscando asegurar que el sujeto no escape del juicio, sino asegurar que el sujeto no siga operando en el tejido social. Es una "cuarentena punitiva". Desde la bioética de la protección, esta medida se justifica mediante el principio de **No Maleficencia Colectiva**: el daño potencial que un líder criminal puede causar en libertad supera con creces el sacrificio de su libertad individual. El Bioderecho aquí actúa como el marco que legitima la privación de la libertad como una forma de "desarme biológico". Al estar encerrado en un régimen de máxima seguridad, el enemigo ve restringida su capacidad de comunicación y, por ende, su capacidad de extender su voluntad criminal a través de otros cuerpos.

Si comparamos este modelo con el alemán, observamos una divergencia ética fascinante. En Alemania, el **Tribunal Constitucional Federal** ha puesto límites estrictos a la vigilancia, basándose en el concepto de "autodeterminación informativa". Sin embargo, en México, la realidad de la violencia de alto impacto ha forzado una jurisprudencia de supervivencia. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que, en casos de delincuencia organizada, los derechos humanos pueden ser objeto de restricciones más severas siempre que sean proporcionales al fin perseguido: la seguridad de la nación. Esta proporcionalidad es la que permite que el Derecho del Enemigo no sea visto como una tiranía, sino como una herramienta de defensa democrática. El Bioderecho, por tanto,

evoluciona hacia un **"Derecho Penal de la Previsión"**, donde el análisis de perfiles genéticos y el monitoreo biométrico en tiempo real son la vanguardia de un Estado que ya no espera a que el delito ocurra, sino que busca identificar al enemigo por su firma biológica y su patrón de comportamiento antes de que el daño sea irreversible.

Finalmente, la integración de tratados internacionales como la **Convención de Palermo** refuerza esta postura. El derecho internacional no prohíbe el trato diferenciado para el crimen organizado; al contrario, lo exige. México, al cumplir con estos tratados, construye un Bioderecho Penal que protege la vida de las víctimas mediante la "anulación técnica" de los victimarios. El cierre de este apartado debe dejar claro que la biometrización y el fundamento jurídico nacional e internacional no son ataques a la humanidad, sino la reafirmación de que la vida humana digna solo es posible cuando el Estado tiene la fuerza y la ley para segregar a quienes han hecho de la destrucción su única forma de existencia.

Conclusiones y Prospectiva: Hacia la Consolidación de un Bioderecho de Excepción en México

El recorrido realizado a lo largo de este capítulo nos permite concluir que el Derecho Penal del Enemigo en México ha dejado de ser una teoría de gabinete para transformarse en una infraestructura de supervivencia estatal. La integración de la bioética y el bioderecho en este análisis no es un ejercicio meramente académico, sino una necesidad imperativa para dotar de legitimidad a las medidas de alto impacto. Al finalizar este estudio, queda claro que la dicotomía entre el "derecho para ciudadanos" y el "derecho para enemigos" es la única respuesta honesta frente a una criminalidad que ha renunciado a cualquier código de humanidad. La prospectiva de este fenómeno nos indica que el Estado mexicano no solo mantendrá estas medidas, sino que las perfeccionará mediante el uso de tecnologías disruptivas que desafiarán nuestras nociones tradicionales de privacidad y autonomía.

Desde la perspectiva de la **Bioética de la Responsabilidad**, la propuesta de este capítulo es la formalización del **Bioderecho de Excepción**. Este concepto sugiere

que, ante delitos de alto impacto como el narcoterrorismo o la trata de personas, el Estado debe tener la facultad legal de intervenir la biología del infractor para garantizar la seguridad del colectivo. En el futuro cercano, esto no se limitará al ADN o al arraigo, sino que se extenderá a la **neuro-intervención**. Si la ciencia nos permite identificar y mitigar los impulsos violentos mediante neurotecnología, ¿es éticamente superior mantener a un enemigo encerrado de por vida o intervenir su neurobiología para neutralizar su peligrosidad? Para quien sostiene la necesidad del Derecho del Enemigo, la respuesta es clara: la protección de la víctima potencial es el mandato ético supremo. El Bioderecho mexicano debe evolucionar para regular estas intervenciones, asegurando que se apliquen exclusivamente a quienes han sido clasificados, bajo un rigor científico y judicial absoluto, como enemigos de la sociedad.

A nivel normativo, el futuro de la justicia penal en México se encamina hacia una **"Justicia Predictiva"**. La acumulación masiva de datos biométricos y genéticos permitirá que el Derecho del Enemigo actúe antes de que se cometa el acto ilícito. Aunque esto despierta temores distópicos, desde una visión de realismo jurídico, es la culminación del deber de protección del Estado. Si el modelo alemán utiliza la vigilancia preventiva para evitar el terrorismo, México debe utilizar la biopredicción para desarticular las células del crimen organizado. El fundamento jurídico internacional, aunque resistente en ocasiones, terminará por ceder ante la evidencia de que los derechos humanos no pueden ser un obstáculo para la preservación de la vida humana a gran escala. La **Corte Interamericana de Derechos Humanos** y otros organismos internacionales deberán desarrollar nuevos estándares que reconozcan el derecho de los Estados a defender su integridad biopolítica mediante el Derecho del Enemigo.

Finalmente, el cierre de esta reflexión nos obliga a mirar al enemigo no con odio, sino con la frialdad de la técnica. El Derecho Penal del Enemigo en México, asistido por el Bioderecho, es un acto de **justicia distributiva**: se distribuye la carga del rigor penal sobre aquellos que han decidido destruir el orden, para que la libertad y la dignidad puedan ser disfrutadas por la mayoría. No existe contradicción en

proteger la vida mediante la restricción de la vida de quien mata. El futuro de nuestra legislación penal será, sin duda, un campo de batalla entre la bioética clásica y el bioderecho de seguridad, pero la balanza se inclinará, por necesidad histórica, hacia la protección del cuerpo social. México tiene la oportunidad de liderar esta discusión en el continente, proponiendo un sistema donde la ley y la biología se unan para garantizar que el Estado sea, por fin, el garante efectivo de la paz y la vida.

Referencias

Agamben, G. (1998). Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida. Valencia: Pre-Textos.

Bechara, A. (2005). El derecho penal del enemigo: Una visión crítica. Buenos Aires: Hammurabi.

Cancio Meliá, M. (2006). El derecho penal del enemigo: entre la dogmática y la política criminal. En G. Jakobs & M. Cancio Meliá, Derecho penal del enemigo (pp. 85–132). Madrid: Thomson Aranzadi.

59 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2008). Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008, artículos 16, 19 y 20.

27 Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). (1969). Adoptada en San José, Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, artículo 27.

Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Convención de Palermo). (2000). Adoptada en Palermo, Italia, 15 de noviembre de 2000, artículos 5–10.

76 Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH). (2013). Caso Tzompaxtle Tecpile y otros vs. México. Sentencia de 7 de noviembre de 2013.

75 Jakobs, G. (2003). Derecho penal del enemigo. Madrid: Civitas.

Jakobs, G., & Cancio Meliá, M. (2006). Derecho penal del enemigo. Madrid: Thomson Aranzadi.

79

Jonas, H. (1995). El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder.

Ley Federal contra la Delincuencia Organizada. (1996). Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 17 de junio de 2021.

97

Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2009). Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 27 de enero de 2023.

Ley Nacional de Ejecución Penal. (2016). Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 24 de mayo de 2023.

Ley Nacional de Registro de Detenciones. (2019). Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 24 de mayo de 2023.

Ley de Seguridad Nacional. (2005). Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 20 de mayo de 2021.

Romeo Casabona, C. M. (2002). El derecho frente al desafío de la biotecnología. Granada: Comares.

78

Rose, N. (2012). Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Buenos Aires: Editorial Universitaria.

5

Silva Sánchez, J. M. (2021). La expansión del derecho penal: Aspectos de la política criminal en las sociedades postindustriales (2ª ed.). Madrid: Civitas.

27

Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2011). Contradicción de tesis 293/2011, Pleno. Semanario Judicial de la Federación.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). (1978). Caso Irlanda vs. Reino Unido. Sentencia de 18 de enero de 1978.

Zaffaroni, E. R. (2006). El enemigo en el derecho penal. Buenos Aires-Montevideo: Editorial B de F.

Los derechos humanos como marco normativo de la bioética: el caso del consentimiento informado.

Mtra. Noemí Márquez García¹

Resumen: En el presente estudio de enfoque cualitativo se investigó si los derechos humanos pueden aplicarse como marco normativo de la bioética desde su fundamento epistémico a partir del análisis de los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CorteIDH), sobre el consentimiento informado (CI). Se encontró que las resoluciones cuentan con un alto grado de congruencia técnica jurídica y ética entre sí estableciendo que el CI consiste en una decisión previa de aceptar someterse a un acto médico en sentido amplio, el cual debe ser obtenido de manera libre, cuya manifestación debe otorgarse en un tiempo posterior a recibir la información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible. El poder que otorga el saber; es decir, el conocer la información médica recibida por parte de los expertos; es el tránsito hacia la subjetivación del paciente como poseedor de derechos exigibles. Estos razonamientos epistemológicos entre bioética y derechos humanos se vinculan a través de la dignidad de la persona, cuya armonización resulta en un desarrollo progresivo de protección y maximización del derecho a decidir libremente y a la autonomía personal en el ámbito de la bioética.

Palabras clave: derechos humanos, bioética, marco normativo, consentimiento informado.

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Marco teórico-conceptual* III. *Criterios de la Corte IDH* IV. *La importancia de armonizar un marco normativo interno con los estándares internacionales, el caso del consentimiento informado.* Conclusiones.

I. INTRODUCCIÓN

¹ Es Abogada, Maestra en Desarrollo Social (UdeG) y Doctoranda en Derechos Humanos por el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Becaria SECIHTI. Actualmente labora en la CSJ_GDL de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Línea de investigación: Derechos Humanos. ORCID: 0009-0007-4434-2765

Justificación: La bioética como otras disciplinas requiere un marco normativo para maximizar su eficacia conforme a los estándares jurídicos internacionales que exigen armonizar la teoría de los derechos humanos con las legislaciones internas. La conjunción de esos criterios en el sistema legal mexicano significa reforzar progresivamente el alcance y protección de la dignidad de las usuarias que reciben atención médica, pacientes y sus familias deberían gozar de una protección reforzada cuando se trata de personas en situación de vulnerabilidad.

Considerando que el control de convencionalidad obliga a México a integrar los derechos a la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal; reconocidos en la Convención Americana; entonces los casos resueltos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) son un precedente orientador o vinculante que debe analizarse de tal forma que nos permita descubrir si la postura epistemológica de las decisiones judiciales regionales orientan a una articulación teórica entre bioética y derechos humanos. Siendo tan amplios los universos que atienden ambas disciplinas se eligió el Consentimiento Informado (CI) como eje de análisis, ya que se trata de un derecho humano, de una garantía de protección y de un elemento bioético para la praxis médica.

Objetivo: Investigar si los derechos humanos pueden cimentar el marco normativo de la bioética desde su fundamento epistémico a partir del análisis del CI en los criterios de Corte IDH.

Metodología; en el presente estudio de enfoque cualitativo se llevará a cabo un análisis crítico del discurso contenido en criterios jurídicos internacionales.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Considerando que el ser humano es capaz de elegir un proyecto de vida y escoger además los medios para llevarlo a cabo, las personas estamos constantemente tomando decisiones; Ferrer (2005) dice que siempre elegimos ya que incluso no elegir es una elección, sugiere también que ese poder de elección llamado libertad representa un costo, sin embargo, garantizar la voluntad libre del ser humano, es

indispensable cuando se habla de ética; ya que carecer de ella significa que existe una predeterminación al actuar, es decir sin responsabilidad por parte del autor entonces sería inimputable de sus acciones. (Ferrer, 2005, pág. 38)

5 Por otra parte, señala que la bioética es un puente entre dos disciplinas, donde bio representa los conocimientos biológicos y ética el conocimiento de los sistemas de valores humanos, siendo los debates acerca de los problemas éticos planteados por las nuevas ciencias biomédicas los que dieron nacimiento a esta ciencia hoy conocida como bioética, la cual según la Enciclopedia de Bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas– de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario. (Ferrer, 2005, pág. 78)

Por otra parte, toda disciplina que aspire a lo justo como es el caso de la bioética requiere un marco normativo, en este sentido Kelsen contempla que la justicia es un mínimo ético, sin acudir a la (Kelsen, 2009, pág. 37) teoría pura del derecho como la teoría del positivismo jurídico, (Kelsen, 2009, pág. 49) más bien al derecho natural como origen del desarrollo de un orden jurídico y de marcos jurídicos de los derechos subjetivos ya existentes, la función esencial de un orden jurídico será vincular a los individuos mediante el deber. (Kelsen, 2009, pág. 56) Es por ello que, partimos de dos premisas, la primera es que el médico es un sujeto que tiene deberes, la segunda que los derechos subjetivos de libertad o autonomía de la persona se relacionan con la forma jurídica del dogma ético del libre albedrío. (Kelsen, 2009, pág. 59) Por lo tanto, es necesario plantear deberes, como el de respeto y protección de los derechos humanos. En este caso, la relación jurídica consiste en una conducta del sujeto-profesional médico adjetivada como deber jurídico, asimismo no hay conducta humana que no pueda ser contenido de una norma jurídica. (Kelsen, 2009, pág. 65)

Si el derecho adquiere valor al estar reconocido en una norma, entonces un marco normativo debe ser congruente y armónico con esa norma que le dio origen he aquí la importancia (Kelsen, 2009, pág. 66) en el caso mexicano, de la reforma

constitucional del año 2011, la cual planteó un nuevo paradigma al crear un bloque de constitucionalidad cuyo control de convencionalidad en materia de derechos humanos podría abrir la posibilidad de armonizar la bioética y los derechos humanos mediante un marco normativo compatible en beneficio de las personas, las que se priorizan bajo este paradigma.

La lucha por la conquista de la efectividad de los DH se libra día a día en diversos contextos y particularidades y cualquiera puede ser su protagonista, sin embargo, es desalentador que las agendas imperialistas fragilicen la credibilidad de los DH al aplicar dobles criterios, por ejemplo, en el caso de las guerras por los recursos (Santos, 2019, pág. 8) verbigracia, el 3 de enero de 2026 un país invadiendo a otro para adueñarse de sus recursos hídricos y petroleros.

Los DH hegemónicos lo son por su origen occidental y porque se han utilizado para discursos y pretensiones imperialistas congruentes con el orden global individualista, neoliberal y colonial. (Santos, 2019, pág. 11) Al analizar la importancia de las epistemologías emergentes como las del sur, desarrolladas como procedimientos aplicados a la producción y validación de conocimientos para resistir las presiones del capitalismo y el patriarcado, (Santos, 2019, pág. 12) son alternativas contra el discurso monocultural y eurocéntrico, permiten imaginar los DH como un lenguaje contrahegemónico (Santos, 2019, pág. 13) para ello es imprescindible conocer las voces, las luchas, los recuerdos y los cuerpos de aquellas y aquellos a quienes las jerarquías modernas basadas en el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado han reducido a una condición subalterna. (Santos, 2019, pág. 14) Pobres DH que son impotentes frente a los grandes capitales que siguen pautando las formas de distribución de la riqueza. Y pobres de aquellos que en su posición de víctimas se ven fuera de la esfera protectora que se supone brindan los DH. Santos (2019) considera que el desafío epistemológico es conciliar los DH con los diferentes lenguajes y saberes que nacen de las luchas por la dignidad humana, que a la vez deben confrontarse desde diversas cosmovisiones.

En el contexto de la bioética es clara su aspiración de justicia y de respeto a la dignidad de la persona mediante la garantía de libertad de decisión y de autonomía

personal, dicha garantía es a la vez un derecho humano conocido como el consentimiento informado (CI) cuyo problema es relevante tanto en materia civil como en materia penal, remontando su referencia normativa a la autodeterminación del sujeto. El CI no implica un injustificado descargo de responsabilidad por parte de los médicos, (Caló, 2000, pág. 112) aunque son documentos formalizados, en ocasiones carecen de información y no se adaptan a las necesidades de cada paciente; lo que conlleva a que el usuario pierda la oportunidad de comprender ciertos puntos sensibles y llenos de interés dando como resultado riesgos innecesarios, daños irreparables, tratamientos ineficaces, alternativas no explicadas o discriminaciones injustas. (Rodríguez, 2011, pág. 170) Por su parte, Yebra (2012) advierte excepciones a la prestación del consentimiento informado; por ejemplo, cuando existe riesgo para la salud pública o, por otra parte, un riesgo inmediato grave para el enfermo. (Yebra, 2012, pág. 49)

Pico della Mirandola en sus estudios concluye que el hecho de nacer humanos conlleva la posibilidad de ser lo que queremos, considera que a través de la dialéctica se calman los desórdenes de la razón que se agita entre los contrastes de los discursos, (Pico della Mirandola, 2016) analiza la ideología que sostiene que hay que esconder del vulgo las cosas dignas de ser comunicadas a los perfectos como precepto divino, (Pico della Mirandola G. , 2016, pág. 28) da ejemplo de las doctrinas místicas que debían custodiarse mediante la oscuridad de los enigmas, de forma que fueran inviolables para la multitud de los profanos. En las cuestiones médicas el CI exige mayor transparencia, es decir una comunicación plena y oportuna, la información sobre la enfermedad del paciente no debe permanecer como enigma exclusivo de los médicos si no que debe ser proporcionada al paciente o a sus personas de apoyo.

6

Desde el punto de vista jurídico, el CI se puede definir como el acto jurídico, no solemne, personalísimo, revocable y libre del paciente, para admitir o rehusar, por sí o a través de su representante legal, uno o varios actos biomédicos concretos en su persona, con fines de atención médica; estará sujeto, a la disponibilidad de

derechos personalísimos autorizados por la ley, en términos del orden público, la lex artis y la ética médica. (Fonseca, 2020)

Destaca como un referente normativo aplicable a la bioética y al CI el Código Internacional de Ética Médica, en el cual se reconoce que uno de los deberes del médico es proteger la dignidad y a personas vulnerables, establecer el CI que conlleva la aceptación libre, información adecuada y la comprensión de la información por parte del paciente o sus representantes. Asimismo, el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina establece la protección de los DH y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, los Estados deben proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. También obliga a que de manera interna se adopten las medidas necesarias para su aplicación esto incluye legislación o marcos normativos.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos que tiene por objetivo proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética y promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, establece como principio el de la dignidad y los derechos humanos y el del consentimiento.

Estas proclamas contienen un fuerte fundamento epistémico y jurídico en materia de derechos humanos, toma nota puntual de la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997, de la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003, además del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, entre otros tratados del sistema universal de DH.²

III. CRITERIOS DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

La importancia de analizar críticamente las resoluciones de una Corte Regional (la Corte IDH es el tribunal del sistema interamericano de protección a los derechos humanos) radica como expondría Kelsen (2009) en que la sentencia judicial es norma jurídica individual. En este sentido, se han revisado aquellas de la CoIDH relacionadas con el CI con el ánimo de: a) Identificar los criterios que ha desarrollado; b) Analizar como esos criterios llegan a integrarse al marco normativo interno, y c) Exponer la congruencia y afinidad que existe entre la bioética y los DH.

1 En materia de consentimiento, la normativa se sustenta en declaraciones internacionales, guías, opiniones de comités médicos expertos, directrices, criterios y otros pronunciamientos autorizados de órganos especializados en la temática.³

1 ² La Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989, el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1º de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001.

1 ³ Organización Mundial de la Salud "OMS", la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia "FIGO", la Asociación Médica Mundial "AMM", la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura "UNESCO", los órganos de los tratados de las Naciones Unidas, el Consejo de Europa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, entre otros.

Los efectos en las víctimas que sufren violaciones a sus derechos humanos tienen efectos intra e interpersonales, cuando la Corte IDH estudió el Caso I.V. vs. Bolivia, advierte un elemento esencial de los efectos que producen las violaciones a derechos humanos de manera intrapersonal esto es el sufrimiento, para evaluar su intensidad es necesario tomar en cuenta factores internos y externos de la mujer involucrada, ya que es una experiencia individual. En este caso, la víctima I.V. a los 35 años, se embarazó de su tercera hija y para dar a luz ingresó al Hospital de la Mujer de La Paz, donde su pareja firmó un formulario para autorizar la cirugía o un tratamiento especial para la cesárea, pero I.V. no firmó ese documento. En el proceso, los médicos notaron que el útero tenía muchas adherencias, por lo que buscaron al esposo para que autorizara la esterilización de su esposa, pero no lo encontraron. Tanto la cesárea como la esterilización se llevaron a cabo con anestesia epidural. Hay dos versiones sobre si I.V. dio su consentimiento para la esterilización, lo que ha generado una controversia. Ella dice que nunca le consultaron ni le explicaron la esterilización, que se enteró de la operación hasta el día siguiente, cuando el médico residente se lo comunicó.

Según el Estado, I.V. aceptó la esterilización verbalmente durante la operación, porque entendió que otro embarazo pondría en riesgo su vida. Se realizaron tres auditorías médicas con resultados contradictorios, en la primera se concluyó que el cirujano actuó de manera correcta, la segunda determinó que la operación se hizo de manera preventiva para proteger el bienestar de la madre y la última encontró varios errores y que la esterilización no se justificaba. Después de que el caso pasó por varios tribunales, en marzo de 2007, el defensor del pueblo de Bolivia, en nombre de I.V., presentó una petición a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) esta a su vez presentó el caso ante Corte IDH en abril de 2015.

La Corte IDH resolvió que la esterilización sin consentimiento puede causar un sufrimiento grave, tanto físico como mental, porque provoca infertilidad e impone un cambio físico que restringe de forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer. Una esterilización sin consentimiento puede ser un trato cruel, inhumano y degradante si causa sufrimiento físico y mental duradero, así como un dolor

65 emocional considerable a nivel personal, familiar y social. La violación del derecho a la integridad física y psíquica de las personas tiene diversas connotaciones de grado, cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según factores endógenos y exógenos de la persona. 15 Bolivia violó los derechos de I.V. a la integridad, a la libertad personal, a la dignidad, a la vida privada y familiar, al acceso a la información y a fundar una familia, por lo cual la Corte IDH ordenó reparaciones un tratamiento médico y psicológico, acto público de reconocimiento, indemnizaciones, publicación de la sentencia y capacitación médica sobre CI y derechos reproductivos.

23 Por otra parte, en el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349110, la víctima Vinicio Antonio Poblete Vilches un adulto mayor de 76 años, que en enero de 2011 ingresó al hospital Sótero del Río a causa de una insuficiencia respiratoria grave. Estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) luego la doctora María les informó a sus familiares que Poblete Vilches estaba en buen estado de salud y que sólo debían realizarle una pequeña intervención, pero los familiares le advirtieron a la doctora que padecía diabetes y que no podía ser intervenido quirúrgicamente. Tres días después observaron que tenía tres grandes heridas en la cintura de las cuales salía un tubo de drenaje. Además, 60 declararon que nunca se les solicitó autorización para someterlo a esa intervención y que Poblete estaba inconsciente por lo que tampoco habría podido darla.

Al llegar a su casa, Poblete Vilches seguía en mal estado de salud por lo que ingresó de nuevo al servicio de urgencias del hospital Sótero del Río. En la ficha médica se reporta que se informó a los familiares tanto la gravedad del estado de salud, como el mal pronóstico, que la familia aceptó la información y el pronóstico del paciente. El 7 de febrero de 2001, Poblete Vilches falleció, según el certificado de defunción, la muerte se debió a un shock séptico, junto con bronconeumonía bilateral, los familiares le solicitaron al hospital la realización de una autopsia, pero el hospital se negó. En noviembre de 2001, la esposa y los hijos de Poblete Vilches presentaron una querrela por el delito de homicidio culposo, posteriormente presentaron una

petición ante la CIDH la que admitió la petición en marzo de 2009. El Estado chileno reconoció su responsabilidad internacional en el año 2016.

1 La Corte IDH estableció que el CI consiste en una decisión previa de aceptar someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenido de manera libre, es decir, sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo. Los prestadores de salud deberán informar al paciente, sobre el diagnóstico; el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; las alternativas de tratamientos, el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto, sus consecuencias y lo que se estima ocurrirá antes, durante y después de éste.

1 El derecho a obtener un CI incluye el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, que protege el derecho de acceso a la información, lo que incluye la relacionada con la salud de las personas. Cuando se ha comprobado que el paciente, por su condición, no tiene la capacidad de tomar una decisión sobre su salud, se actualiza el consentimiento por representación o sustitución, también hay excepciones donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del consentimiento cuando sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente.

1 La Corte IDH concluyó que el Estado incumplió con su obligación internacional de obtener, a través de su personal de salud, el CI por parte de los familiares del señor Poblete Vilches, para la práctica de los actos médicos realizados, vulneró el derecho de acceso a la información de los familiares, debido a que no se les otorgó información clara y precisa sobre el alta al paciente y sus cuidados necesarios y en el segundo ingreso no se proporcionó información clara y accesible respecto del diagnóstico y atención médica otorgada.

Finalmente, en el Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423113, la víctima fue Luis Eduardo Guachalá Chimbo quien desde pequeño sufría ataques de epilepsia y fue diagnosticado con trastorno mental y de comportamiento por disfunción cerebral, su madre, Zoila Chimbo, lo llevó a diversos hospitales en los que le daban medicamentos para tratar sus ataques epilépticos, aunque, a veces, no podían comprarlos por su costo elevado, a finales de diciembre de 2003, la salud de Luis Eduardo empeoró por lo que, en enero de 2004, Zoila Chimbo lo llevó nuevamente al Hospital Psiquiátrico. La autorización de ingreso firmada por Zoila Chimbo prevé que, en caso de fuga o accidente, la institución no se hace responsable. Luis Eduardo Guachalá Chimbo tenía 23 años cuando desapareció, fue visto por última vez por su familia en enero de 2004, cuando fue internado en el Hospital Julio Endara. El 21 de enero de 2004, el hospital expidió una hoja de egreso en la que consignó que éste abandonó el hospital. El Tribunal Constitucional les ordenó a todas las instituciones estatales coordinar acciones y esfuerzos para encontrarlo y enfatizó que ninguna de las autoridades podía cerrar sus procedimientos de investigación hasta que obtuviera resultados sobre su paradero. En octubre de 2018, la Comisión aprobó el informe de fondo, en julio de 2019 sometió el caso ante Corte IDH.

2 Como regla general, el consentimiento es personal y debe ser brindado por quien se somete al procedimiento. Al tratarse de personas con discapacidad, adicionalmente, el personal médico debe examinar la condición actual del paciente y brindar el apoyo necesario para que éste tome una decisión propia e informada. La discapacidad de un paciente no debe usarse como justificación para no pedir su consentimiento sobre el procedimiento al que se someterá. Por lo tanto, para considerar válida la obtención del CI de una persona con discapacidad, el personal médico debe velar por que las personas asistentes o encargadas de prestar apoyo no sustituyan la voluntad, ni ejerzan una influencia indebida en sus decisiones.

8 La violación del derecho al CI implica no solo una violación del derecho a la salud, sino también al derecho a la libertad personal, el derecho a la dignidad y la vida privada, y el derecho al acceso a la información. El CI asegura el efecto útil de la

1

norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona, es por ello que puede considerársele como una garantía de protección de los derechos humanos de libertad y autonomía.

8 Los Estados deben brindar a las personas con discapacidad la posibilidad de planificar anticipadamente su propio apoyo, su voluntad debe ser respetada. En virtud de lo anterior, la Corte IDH consideró que la internación y tratamiento médico brindados no contaron con su CI; el tratamiento recibido no fue accesible porque el Estado tenía la obligación de brindarle de forma gratuita las medicinas para tratar la epilepsia y hacer seguimiento a su situación de salud, el incumplimiento de esa obligación empeoró su salud y profundizó las barreras para ejercer sus derechos de manera efectiva; el tratamiento recibido tampoco fue aceptable ni de calidad, porque no se diagnosticó el tipo de epilepsia que padecía. Tampoco, durante el internamiento, se dio seguimiento diario a su estado de salud, ni se tomaron las medidas de vigilancia necesarias para asegurar su bienestar, ni para garantizar el derecho a la vida e integridad personal porque no se explicó de manera satisfactoria y convincente su paradero, aun cuando estaba bajo la custodia del Estado en un hospital psiquiátrico público, y no se garantizó los derechos a la salud sin discriminación, ni a la igualdad.

2 La Corte concluyó que el Estado era responsable internacionalmente por la violación de los derechos al reconocimiento de la personalidad jurídica, vida, integridad personal, libertad personal, dignidad, vida privada, acceso a la información, igualdad ante la ley y salud, tutelados por la Convención Americana.

IV. LA IMPORTANCIA DE ARMONIZAR UN MARCO NORMATIVO INTERNO CON LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES, EL CASO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo la CoIDH la máxima autoridad jurisdiccional para conocer y resolver violaciones a derechos humanos en la región es preciso vincular sus resoluciones con el marco normativo interno.

Asimismo, reconocer el contexto cultural que hizo posible el nacimiento de la bioética por ejemplo, el surgimiento de una cultura de la autonomía y la igualdad, con una desconfianza hacia las autoridades establecidas; los abusos cometidos en la investigación científica con seres humanos; y el renacimiento del interés en la ética normativa. La bioética nace como una reflexión comprometida y no puede, en ningún caso, pretender ser un conocimiento aséptico, alejado de los empeños morales que le infunden vida y le dan sentido. (Ferrer, 2005, pág. 83)

Si como plantea Sanz (2021) la bioética debe estar al servicio de los problemas y soluciones sociopolíticas que contribuyan al bienestar humano en armonía con la naturaleza (Sanz, 2021, pág. 128) entonces encuentra una alta correlación con los presupuestos epistemológicos de los derechos humanos. Articular el progreso en la salud requiere que dicho vínculo se adhiera al cuidado de la humanidad y el mundo donde se desarrolla. No existe ni ha existido una idea única sobre la justicia, pero en el contexto de la bioética esta aspiración es compatible con el ideal de dignidad pretendido por los derechos humanos. La heterogeneidad de pensamientos lleva a una desigual justicia en el tiempo, permea la búsqueda de una justicia como valor en sí mismo (Caló, 2000) la existencia y reconocimiento de derechos y sus garantías son el puente de tránsito hacia una justicia efectiva donde prevalezca la libertad de decisión y la autonomía personal. Para asegurarnos de esto, establezcamos que, la inexistencia de sanciones no lleva aparejada inexorablemente la inexistencia de una norma jurídica, (Gómez Isa, 2013, pág. 219) debe evitarse la vaguedad y una extrema generalidad, aspectos que pueden jugar en contra de su efectividad y su aplicabilidad. (Gómez Isa, 2013, pág. 221)

Consideremos que la llegada de la Escuela Histórica del Derecho, que ya no consideró al derecho como un producto de una naturaleza humana siempre igual, sino de las cambiantes convicciones populares. (Bobbio, 2006, pág. 18) esto cuestiona la viabilidad y la posibilidad de un marco jurídico universal, el derecho puede ser considerado como el conjunto de las relaciones formales que se dan entre las acciones de los hombres en sociedad, (Bobbio, 2006, pág. 23) la relación médico-paciente es ejemplo de ello. Ante el posible conflicto entre ambos sujetos

17 de esta relación la materia principal sobre la que el juez decidirá está constituida por los textos que contienen reglas para la decisión, sean ellos textos legislativos, recopilaciones de sentencias, o tratados de juristas. (Bobbio, 2006, pág. 27)

80 Según Bobbio (2006) el ordenamiento jurídico funciona como sistema y puede enfrentar problemas de coherencia ya que la naturaleza de la norma jurídica parte de una hipótesis; la distinción entre los diferentes tipos de normas y sus relaciones; imperativos positivos e imperativos negativos; las modalidades deónticas y sus conexiones; por otra parte, Ferrajoli (2014) propone una definición teórica de derechos fundamentales, estableciendo que son todos aquellos derechos subjetivos que corresponden a todos los seres humanos dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; luego menciona que derecho subjetivo es cualquier expectativa positiva o negativa adscrita a un sujeto por una norma jurídica; la expectativa positiva sobre el CI es la de recibir información necesaria para tomar una decisión libre, por otra parte, la expectativa negativa es la de no sufrir un daño a la integridad personal ni en la autonomía. Todo paciente entonces comparte el estatus de persona, de sujeto de derechos, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas o autor de los actos que son ejercicio de éstas (Ferrajoli, 2014, pág. 14)

11 La inexistencia de una situación jurídica, o sea, de una obligación, una prohibición, un permiso o una expectativa jurídica, depende de la existencia de una norma positiva que la prevea. El CI por sustitución es posible y permitido en ciertos supuestos como los que vimos en las tres sentencias expuestas en el capítulo anterior, aun cuando la regla general es que el paciente debe otorgar su CI se prevén circunstancias que lo imposibilitan por lo cual puede haber CI a través de representantes en casos de personas que están inconscientes, en condición de discapacidad severa, no debiera existir la prohibición del mismo comportamiento a causa de la (indebida) existencia de la norma que la prevé, (Ferrajoli, 2014, pág. 41)

11 principalmente cuando se trata de garantizar los derechos humanos, que son los derechos primarios de las personas y conciernen indistintamente a todos los seres humanos. (Ferrajoli, 2014, pág. 17)

4 El que exista un deber de garantizarlos es importante, pero los estados de cosas no se producen con sólo legislar al respecto; el paso de lo normativo a la fáctico no es automático, supone llevar a cabo acciones que no siempre consiguen sus objetivos. (Cruz Parceró, 2025)

Si el CI tiene o no un sentido utilitarista resulta un asunto menor cuando se entabla una discusión sobre la relevancia en la vida digna de los pacientes y sus familias, es decir, el poder de decidir libremente dignifica, deben evitarse los vicios en el CI para que sea real y efectivo, reafirmar el igual valor, igual dignidad e iguales derechos de las personas supone oponerse a esa realidad que discrimina y excluye en los hechos, y que ha sido parte de los problemas que tenemos en nuestro sistema de salud. (Cruz Parceró, 2025) México es un país democrático en el cual se debate a partir de la confrontación política de ideas, pero si los actores no se conducen con buena fe es imposible que la deliberación tenga algún valor, (Cruz Parceró, 2025) es por ello, por lo que es necesario identificar cuáles son los estándares internacionales que maximizan progresivamente el alcance y protección del CI articulado con el derecho a la salud.

Sin caer en palabras blandas, el discurso crítico reconoce que los argumentos en DH son utilizados por cualquiera a su conveniencia tanto por la resistencia como por el poder. Los DH no son superiores a la bioética como disciplinas de estudio, de hecho, podríamos atribuirle a cada uno una narrativa de dignidad totalmente compatible. En este sentido, la noción de dignidad humana se desarrolla en las luchas históricas y reivindicatorias que la reclamen y la nombren.

Esta última consideración nos permite conducir por un sendero que lleva al universo de los derechos humanos, cuando los problemas bioéticos plantean la necesaria priorización de bienes como la salud, la libertad personal y la dignidad sin duda son los derechos humanos funcionando ius filosóficamente en el aparato de justicia.

CONCLUSIONES

Considerando que I. el ser humano puede elegir sus fines y cómo lograrlos, es indispensable que los pacientes o sus representantes cuenten con la información

médica necesaria para que libremente y conforme a sus propias convicciones alcancen la plena autonomía de decidir respecto a su vida y su salud física y mental; II el control de convencionalidad obliga a México a integrar a su sistema legal los derechos a la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal, reconocidos en la Convención Americana de Derechos Humanos y III. que la bioética como ciencia y como disciplina requiere un marco jurídico que brinde garantías de acceso a la justicia frente a abusos que pongan en riesgo la integridad personal y causen sufrimiento al sujeto; por lo tanto, al ser estudiado el caso del consentimiento informado, resultó que los derechos humanos son una fuente necesaria del marco normativo de la bioética.

En este sentido, el proceso saber-poder-subjetivación ofrece una perspectiva epistemológica de la convicción coherente y dependiente entre bioética y derechos humanos que permite orientar efectivamente al sujeto hacia la autodeterminación. Las resoluciones de la Corte IDH revisadas cuentan con la congruencia técnica jurídica y ética entre sí; estableciendo que el CI consiste en una decisión previa de aceptar someterse a un acto médico en sentido amplio, el cual debe ser obtenido de manera libre, cuya manifestación debe otorgarse en un tiempo posterior a recibir la información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible. El poder que otorga el saber; es decir, el conocer la información médica recibida por parte de los expertos; es el tránsito hacia la subjetivación del paciente como poseedor de derechos exigibles. Estos razonamientos epistemológicos entre bioética y derechos humanos se vinculan a través de la dignidad de la persona, cuya armonización resulta en un desarrollo progresivo de protección y maximización del derecho a decidir libremente y a la autonomía personal en el ámbito de la bioética.

Referencias

Bobbio, N. (2006). *Derecho y lógica: (2 ed.)*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.

Caló, E. (2000). *Bioética: nuevos derechos y autonomía de la voluntad*. Buenos Aires: Ediciones La Roca.

Cruz Parceró, J. (5 de 3 de 2025). V Lex. Obtenido de La discusión filosófica sobre la guía bioética: <https://app.vlex.com/search/jurisdictions:MX/guia+de+bio%C3%A9tica/vid/1056892924>

Ferrajoli, L. (2014). *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Editorial Trotta.

Ferrer, J. (2005). *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid: Editorial Desclee.

Fonseca, J. (2020). *Consentimiento Informado. Estudio de Derecho Comparado México-España*. México: Tyrant Lo Blanch.

67 Gómez Isa, F. (2013). *El derecho al desarrollo como derecho humano en el ámbito jurídico internacional*. Bilbao: Universidad de Deusto.

83 Kelsen, H. (2009). *El método y los conceptos fundamentales de la teoría pura del derecho*. Madrid: Reus.

Pico della Mirandola, G. (2016). *Discurso sobre la dignidad del hombre*. México: Universidad Autónoma de México.

Rodríguez, J. (2011). *Bioética y derechos emergentes*. Madrid: Dykinson.

73 Santos, B. (2019). *El pluriverso de los derechos humanos: la diversidad de las luchas por la dignidad*. México: Ediciones Akal.

Sanz, R. (1 de 1 de 2021). *Bioética y derechos humanos en el sur global*. Obtenido de <https://app.vlex.com/search/jurisdictions:MX/bio%C3%A9tica/vid/901136527>

Yebra, P. (2012). *El consentimiento informado: criterios legales y jurisprudenciales*. Madrid: Difusión jurídica y temas de actualidad S.A.

Consentimiento informado accesible en México: autonomía, capacidad jurídica y diversidad funcional desde la bioética y los derechos humanos

Mtra. Gloria Pérez Cosío y Sánchez

Lic. Carlos Humberto Mendivil Altamirano

Resumen

Este capítulo aborda el consentimiento informado como herramienta fundamental para garantizar la autonomía de los pacientes en México, especialmente en contextos de diversidad funcional y discapacidad. Se analiza cómo el bioderecho y los derechos humanos exigen ajustes razonables y apoyos que permitan a todas las personas ejercer su capacidad jurídica de manera plena. El texto subraya que el consentimiento informado no debe entenderse únicamente como un requisito formal, sino como un proceso de empoderamiento que asegura decisiones libres y conscientes frente a la autoridad médica. Asimismo, se examinan los retos normativos y culturales que dificultan su aplicación efectiva, incluyendo la falta de accesibilidad en formatos, la escasa capacitación profesional y las barreras sociales que limitan la autonomía de las personas con discapacidad. Se concluye que garantizar un consentimiento informado accesible es una obligación ética y jurídica, indispensable para proteger la dignidad humana y fortalecer la justicia en el ámbito de la salud.

Palabras clave:

Consentimiento informado, Autonomía, Capacidad jurídica, Diversidad funcional, Derechos humanos

I. Introducción: consentimiento informado y dignidad humana

El consentimiento informado constituye uno de los ejes normativos más relevantes del derecho sanitario contemporáneo y de la bioética clínica. No se trata de un requisito meramente formal ni de un instrumento de protección institucional frente a la responsabilidad médica, sino de una garantía sustantiva del respeto a la dignidad

humana, en tanto reconoce a la persona como sujeto moral autónomo y titular de derechos fundamentales.

Desde su consolidación en la segunda mitad del siglo XX, el consentimiento informado ha sido concebido como una respuesta ética y jurídica frente a prácticas médicas paternalistas, autoritarias o instrumentalizadoras del cuerpo humano. No obstante, su implementación en los sistemas de salud —particularmente en contextos latinoamericanos— ha reproducido sesgos estructurales de exclusión, especialmente hacia personas con diversidad funcional.

En México, el consentimiento informado sigue diseñándose, redactándose y exigiéndose bajo un paradigma visual, normativo y capacitista, que presupone erróneamente que todas las personas acceden, procesan y comprenden la información médica del mismo modo. Cuando dicho consentimiento se presenta exclusivamente en formatos impresos inaccesibles para personas con diversidad funcional visual, el acto pierde su validez ética y se convierte en una simulación jurídica de autonomía.

Sostenemos que esta práctica constituye una forma de discriminación estructural, que vulnera derechos humanos fundamentales: el derecho a la autonomía personal, a la capacidad jurídica, a la información, a la salud y a la igualdad sustantiva. Asimismo, defendemos la necesidad de transitar del paradigma deficitario de la “discapacidad” hacia el de diversidad funcional, como categoría conceptual coherente con la bioética contemporánea y el derecho internacional de los derechos humanos.

Desde nuestra doble voz autoral de una abogada Bioeticista y activista, y un abogado, jurista defensor de los derechos humanos, afirmamos que no es la diversidad funcional la que limita la autonomía, sino la estructura institucional que niega el acceso efectivo a la información.

II. Fundamento bioético del consentimiento informado

El consentimiento informado se consolida como categoría ética central a partir del desarrollo de la bioética Principialista, particularmente en la obra de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, quienes establecen la autonomía como uno de los cuatro principios fundamentales de la ética biomédica, junto con la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Este enfoque, lejos de constituir un esquema meramente teórico, ha tenido una influencia decisiva en la configuración del derecho sanitario contemporáneo y en la práctica clínica a nivel global.

Beauchamp y Childress (2019) sostienen que respetar a una persona autónoma implica reconocer su derecho a tomar decisiones basadas en sus propios valores, creencias y preferencias, sin interferencias indebidas. No obstante, este reconocimiento no puede limitarse a una presunción formal de capacidad jurídica o decisional. Por el contrario, exige la creación de condiciones materiales, comunicativas y estructurales que hagan posible una deliberación auténticamente informada. La autonomía, en este sentido, no es un atributo abstracto ni una cualidad estática de la persona, sino una capacidad que se ejerce en contextos concretos, mediada por el acceso real a la información relevante.

Desde esta perspectiva, el consentimiento informado no puede entenderse como un simple acto de firma o como un requisito administrativo orientado a proteger a las instituciones de salud frente a eventuales responsabilidades legales. Se trata, más bien, de un proceso deliberativo, en el cual la persona debe contar con información suficiente, comprensible y accesible sobre su diagnóstico, las alternativas terapéuticas disponibles, los riesgos y beneficios previsibles, así como las posibles consecuencias de aceptar o rechazar una intervención médica.

La bioética contemporánea ha identificado tres elementos esenciales del consentimiento informado: la provisión de información suficiente y pertinente, la comprensión adecuada del contenido de dicha información, y la voluntariedad libre de coacción, presión o manipulación.

En el caso de las personas con diversidad funcional visual, el segundo elemento, la comprensión, se ve sistemáticamente comprometido cuando la información se proporciona exclusivamente en formatos visuales impresos o digitales inaccesibles. Esta práctica, profundamente arraigada en los sistemas de salud, revela una comprensión reduccionista de la autonomía, equiparándola erróneamente con la mera capacidad legal de consentir, sin atender a las condiciones reales que hacen posible el entendimiento.

Desde nuestro enfoque, sostenemos que no existe consentimiento informado éticamente válido sin accesibilidad. La comprensión no puede depender de la capacidad visual, auditiva o motriz de la persona, sino de la responsabilidad institucional de adaptar la información a la diversidad funcional existente. Cuando un hospital entrega un documento en tinta impresa a una persona ciega, sin ofrecer formatos accesibles como braille, audio estructurado o archivos digitales compatibles con lectores de pantalla, no se cumple el estándar bioético mínimo de respeto a la autonomía, aun cuando formalmente se recabe una firma.

El enfoque bioético contemporáneo ha evolucionado hacia una concepción de la autonomía como capacidad relacional, reconociendo que las decisiones humanas siempre se toman en contextos sociales e institucionales que pueden facilitar o restringir el ejercicio de la autodeterminación. Desde esta visión, las barreras comunicativas y de accesibilidad constituyen factores externos que limitan injustificadamente la capacidad de decidir, y que deben ser removidos por quienes tienen la obligación ética y jurídica de hacerlo.

En este punto, resulta fundamental subrayar que proporcionar accesibilidad no equivale a sustituir la voluntad de la persona, ni a disminuir su capacidad decisional. Por el contrario, constituye un apoyo legítimo y necesario para el ejercicio pleno de la autonomía, especialmente en contextos clínicos caracterizados por asimetrías de información y poder entre personal médico y pacientes.

Históricamente, la falta de accesibilidad ha sido utilizada como justificación para prácticas paternalistas, tales como explicar los procedimientos a familiares en lugar de a la persona interesada, o delegar la decisión en terceros bajo el argumento de

“protección”. Desde una perspectiva bioética, estas prácticas resultan incompatibles con el respeto a la dignidad humana, pues transforman a la persona en objeto de decisiones ajenas, negándole su condición de sujeto moral.

El principio de autonomía no puede analizarse de manera aislada. Su realización efectiva se encuentra estrechamente vinculada con el principio de justicia, entendido como la obligación de evitar desigualdades estructurales en el acceso a los derechos. Negar formatos accesibles de consentimiento informado a personas con diversidad funcional visual no solo vulnera su autonomía individual, sino que reproduce una desigualdad sistémica, al imponerles cargas adicionales para ejercer un derecho que, para otras personas, se garantiza sin obstáculos.

Desde nuestra postura como juristas y bioeticista, afirmamos que la accesibilidad es una exigencia ética derivada directamente del principio de autonomía, y no un acto de benevolencia institucional. La autonomía auténtica solo puede existir cuando el entorno respeta la diversidad funcional y se adapta a ella, reconociendo que la diferencia no es sinónimo de incapacidad.

En consecuencia, el consentimiento informado accesible debe ser entendido como una obligación ética estructural, cuyo incumplimiento no solo desnaturaliza el acto médico, sino que compromete la legitimidad moral de la práctica clínica. Allí donde no hay accesibilidad, no hay deliberación informada; y donde no hay deliberación informada, la autonomía se convierte en una ficción normativa.

La autonomía no es una capacidad aislada ni abstracta. Es una capacidad relacional, que se ejerce en contextos sociales, institucionales y comunicativos específicos. Por ello, cuando el entorno impone barreras de accesibilidad, la autonomía se ve anulada de inmediato, aun cuando se mantenga intacta de derecho.

En el caso de personas con diversidad funcional visual, la entrega de documentos impresos sin alternativas accesibles impide la comprensión adecuada del contenido, vulnerando uno de los elementos esenciales del consentimiento informado. No hay comprensión real cuando no existe acceso real a la información.

III. Capacidad jurídica y consentimiento informado desde la Convención: ruptura del paradigma tutelar

La noción de capacidad jurídica ha sido históricamente uno de los ejes más problemáticos en el reconocimiento efectivo de los derechos de las personas con diversidad funcional. Durante décadas, el derecho civil, sanitario y familiar en México, y en buena parte del mundo, operó bajo un paradigma tutelar, que asociaba la diversidad funcional con incapacidad, incompetencia y necesidad de sustitución de la voluntad. Este modelo, profundamente arraigado en concepciones médicas y asistencialistas, legitimó prácticas sistemáticas de exclusión del proceso decisorio, particularmente en el ámbito de la salud.

71 La adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), impulsada por la Organización de las Naciones Unidas en 2006 y ratificada por México en 2007, constituye una ruptura normativa y ética sin precedentes. La Convención no introduce nuevos derechos, sino que reformula la manera en que deben entenderse y ejercerse los derechos humanos existentes, desplazando el enfoque de déficit hacia un modelo basado en dignidad, igualdad y autonomía.

8 El artículo 12 de la Convención establece de manera categórica que los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad (desde nuestra perspectiva, con diversidad funcional), tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. Esta disposición no admite interpretaciones restrictivas ni excepciones implícitas basadas en diagnósticos, tipos de diversidad funcional o presunciones de vulnerabilidad.

Desde el punto de vista bioético y jurídico, este reconocimiento tiene implicaciones directas para el consentimiento informado. No puede existir consentimiento informado válido si previamente se ha negado, explícita o implícitamente, la capacidad jurídica de la persona. Cuando el personal de salud asume que una persona con diversidad funcional visual no puede comprender la información médica y decide explicar el procedimiento a un familiar, se produce una doble vulneración: se niega la capacidad jurídica y se anula la autonomía.

El consentimiento informado, en este contexto, deja de ser un acto personal y se convierte en una decisión heterónoma, tomada por terceros, aun cuando la persona afectada conserve plenamente su capacidad cognitiva y decisional. Esta práctica no solo es incompatible con la Convención, sino que perpetúa un esquema de dominación simbólica que despoja a la persona de su condición de sujeto de derechos.

Uno de los aportes más relevantes de la Convención es la obligación de los Estados de sustituir los regímenes de sustitución de la voluntad por sistemas de apoyos para la toma de decisiones. Esta transformación conceptual resulta central para comprender el consentimiento informado accesible.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Observación General núm. 1, ha sido enfático al señalar que la capacidad jurídica no debe confundirse con la capacidad mental, y que cualquier evaluación funcional que derive en la negación del derecho a decidir constituye una forma de discriminación. En este sentido, los apoyos no buscan reemplazar la voluntad de la persona, sino facilitar su expresión y ejercicio, respetando siempre sus preferencias y valores.

Aplicado al consentimiento informado, esto implica que la accesibilidad, en formatos, lenguaje y medios de comunicación; debe ser concebida como un apoyo estructural para la toma de decisiones, y no como una concesión extraordinaria. Proporcionar información en braille, audio o formato digital accesible no disminuye la autonomía; por el contrario, la hace posible.

Desde la bioética, la capacidad jurídica plena se articula con el principio de autonomía en tanto presupuesto normativo de la deliberación moral. Sin reconocimiento de capacidad jurídica, la autonomía se vacía de contenido y se reduce a un enunciado retórico. Por ello, sostenemos que la negación de accesibilidad en el consentimiento informado constituye una forma indirecta de negación de la capacidad jurídica, al impedir que la persona participe de manera informada en decisiones que afectan su cuerpo, su salud y, en muchos casos, su vida.

En la práctica clínica mexicana, persisten inercias institucionales que contradicen frontalmente este estándar. La firma de consentimientos por familiares, la ausencia de formatos accesibles y la presunción de incompetencia decisional revelan que el modelo tutelar continúa operando, aunque de manera encubierta. Estas prácticas no solo vulneran la Convención, sino que colocan al Estado mexicano en una posición de incumplimiento de sus obligaciones internacionales.

Reconocer la capacidad jurídica de las personas con diversidad funcional también implica reconfigurar las relaciones de poder en el ámbito sanitario. El consentimiento informado accesible funciona como un mecanismo de control ético y jurídico del poder médico, al obligar a las instituciones a dialogar con la persona, y no a decidir por ella.

Desde nuestra experiencia como juristas y defensores de derechos humanos, afirmamos que la accesibilidad no es una cuestión técnica menor, sino un dispositivo de redistribución del poder decisorio. Allí donde la información se oculta tras barreras sensoriales, el poder se concentra en manos de terceros; allí donde la información es accesible, la persona recupera su voz.

El reconocimiento de la capacidad jurídica plena impone al Estado mexicano obligaciones claras: adecuar su legislación sanitaria, capacitar al personal de salud y establecer protocolos de consentimiento informado accesible. No hacerlo equivale a mantener un sistema que, aunque formalmente reconoce derechos, los niega en la práctica cotidiana.

Desde nuestro enfoque, sostenemos que la capacidad jurídica no se demuestra firmando documentos inaccesibles, sino ejerciendo la autonomía en condiciones de igualdad. La Convención no admite medias tintas: o se garantiza la accesibilidad y los apoyos necesarios, o se incurre en una violación de derechos humanos.

IV. Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre capacidad jurídica, autonomía y derecho a la salud

La transformación del paradigma jurídico en torno a la capacidad jurídica y la autonomía personal en México no puede comprenderse sin atender a la evolución

jurisprudencial de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. En las últimas dos décadas, el máximo tribunal constitucional ha transitado, no sin tensiones internas, de un enfoque tutelar y medicalizado hacia una interpretación progresiva basada en derechos humanos, dignidad y autonomía, particularmente a partir de la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos.

Este viraje jurisprudencial resulta central para el análisis del consentimiento informado accesible, pues permite afirmar que la negación de accesibilidad no es una omisión neutral, sino una vulneración constitucionalmente relevante, susceptible de control judicial.

Uno de los aportes más significativos de la SCJN ha sido el reconocimiento de la capacidad jurídica como un derecho humano inherente a la persona, y no como una facultad condicionada al cumplimiento de estándares médicos, cognitivos o funcionales. En diversos precedentes, la Corte ha sostenido que toda persona es titular de derechos y obligaciones, y que cualquier restricción a su ejercicio debe interpretarse de manera estricta y excepcional.

En el análisis de casos relacionados con interdicción, tutela y representación legal, la SCJN ha señalado que los modelos tradicionales que sustituyen la voluntad de la persona resultan incompatibles con el artículo 1º constitucional y con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este criterio se alinea con la interpretación del artículo 12 de la Convención, que exige el reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones.

Desde nuestra perspectiva, este razonamiento es plenamente trasladable al ámbito sanitario: si una persona conserva su capacidad jurídica, el Estado y las instituciones de salud no pueden desplazar su voluntad bajo el pretexto de protección, ni mucho menos por razones de accesibilidad no resueltas.

La SCJN ha desarrollado una línea jurisprudencial robusta en torno al derecho al libre desarrollo de la personalidad, entendiendo este como la facultad de cada persona para tomar decisiones fundamentales sobre su proyecto de vida, su cuerpo

y su salud. Este derecho, derivado del principio de dignidad humana, se encuentra íntimamente vinculado con el consentimiento informado.

En precedentes relevantes, la Corte ha afirmado que ningún tratamiento médico puede imponerse sin el consentimiento libre e informado del paciente, salvo en supuestos estrictamente excepcionales previstos por la ley. Este estándar no se satisface con la mera obtención de una firma, sino que exige un proceso comunicativo real, comprensible y respetuoso.

Desde un enfoque bioético, sostenemos que la autonomía no se presume: se garantiza. Y se garantiza mediante condiciones materiales que permitan comprender, deliberar y decidir. Cuando la información se presenta en formatos inaccesibles para personas con diversidad funcional visual, la supuesta autonomía reconocida por la Corte queda reducida a una ficción formal.

La jurisprudencia constitucional mexicana ha reconocido que el derecho a la salud no se limita al acceso físico a los servicios médicos, sino que comprende dimensiones de disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. Esta última no puede interpretarse de manera restrictiva o meramente arquitectónica; incluye necesariamente la accesibilidad comunicacional y cognitiva.

En este sentido, la SCJN ha sostenido que el Estado tiene la obligación de adoptar medidas positivas para garantizar que los servicios de salud sean efectivamente utilizables por todas las personas, sin discriminación. La falta de formatos accesibles de consentimiento informado constituye una omisión que impacta directamente en la calidad del servicio y en el goce efectivo del derecho.

Desde nuestra postura autoral, afirmamos que no hay derecho a la salud sin derecho a la información, y no hay información válida cuando esta se presenta en un formato que excluye a la persona destinataria.

A partir del artículo 1º constitucional, la SCJN ha desarrollado el concepto de discriminación indirecta, reconociendo que una norma o práctica aparentemente neutral puede generar efectos desproporcionados en ciertos grupos. Este enfoque

resulta particularmente relevante para analizar la inaccesibilidad del consentimiento informado.

La práctica de entregar consentimientos exclusivamente en formato impreso visual puede parecer neutral; sin embargo, produce un impacto diferenciado y negativo en personas con diversidad funcional visual, al impedirles ejercer su autonomía en igualdad de condiciones. Bajo el estándar constitucional, esta práctica resulta incompatible con la prohibición de discriminación.

En palabras que sintetizan el espíritu de esta línea jurisprudencial, la Corte ha señalado que la igualdad no consiste en tratar a todas las personas de la misma manera, sino en remover los obstáculos que impiden el ejercicio efectivo de sus derechos. La accesibilidad, en este contexto, deja de ser una cortesía institucional y se convierte en una obligación constitucional.

Si se integran los criterios de la SCJN sobre capacidad jurídica, autonomía, derecho a la salud y no discriminación, es posible sostener con solidez que el consentimiento informado accesible no es una política pública deseable, sino una exigencia constitucional derivada del bloque de constitucionalidad en derechos humanos.

Desde nuestra experiencia como juristas y defensores, advertimos que la ausencia de accesibilidad expone a las instituciones de salud a responsabilidad constitucional y administrativa, al tiempo que perpetúa un modelo de atención incompatible con los estándares fijados por el máximo tribunal.

Finalmente, sostenemos que el Poder Judicial tiene un papel clave en la transformación estructural del sistema sanitario mexicano. La SCJN ha avanzado en el reconocimiento normativo de la capacidad jurídica y la autonomía; sin embargo, estos avances deben traducirse en prácticas institucionales concretas.

El consentimiento informado accesible representa un punto de intersección entre bioética y constitucionalismo contemporáneo. Garantizarlo no solo cumple con la jurisprudencia de la Corte, sino que materializa la dignidad humana en la práctica clínica cotidiana.

Desde nuestra voz colectiva, afirmamos: la autonomía no se delega, no se presume y no se sustituye; se ejerce. Y solo puede ejercerse cuando el Estado elimina las barreras que él mismo ha construido.

V. Marco legal sanitario mexicano y omisiones estructurales en materia de consentimiento informado accesible

La regulación del consentimiento informado en el sistema jurídico mexicano se encuentra principalmente en la Ley General de Salud, así como en normas oficiales mexicanas y disposiciones administrativas que desarrollan la práctica clínica. En términos formales, el ordenamiento reconoce el consentimiento informado como requisito previo indispensable para la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos. Sin embargo, este reconocimiento normativo presenta una deficiencia estructural: la ausencia de estándares explícitos de accesibilidad que garanticen el ejercicio efectivo de la autonomía por parte de personas con diversidad funcional.

Esta omisión no es menor ni meramente técnica. Desde una perspectiva constitucional y convencional, se trata de una laguna normativa incompatible con el principio de igualdad, la prohibición de discriminación y el derecho a la salud, tal como han sido desarrollados por el derecho internacional de los derechos humanos y por la jurisprudencia constitucional mexicana.

La Ley General de Salud establece la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente como condición de legitimidad de los actos médicos. No obstante, la norma parte de un supuesto implícito: que la información será transmitida y comprendida a través de medios estándar, generalmente visuales y escritos. Esta presunción invisibiliza a las personas con diversidad funcional visual y revela la persistencia de un modelo homogéneo de paciente, que no se corresponde con la diversidad real de la población.

Desde un enfoque bioético, el consentimiento informado no puede reducirse a un acto burocrático ni a la obtención de una firma. Es un proceso comunicativo que exige condiciones materiales para la comprensión. Cuando el marco legal sanitario

omite prever formatos accesibles, traslada la carga de la adaptación a la persona, reproduciendo una desigualdad estructural que el derecho debería corregir.

La ausencia de estándares de accesibilidad en la legislación sanitaria mexicana puede analizarse como una omisión legislativa con relevancia constitucional. El Estado no solo viola derechos humanos cuando actúa de manera directa, sino también cuando deja de adoptar medidas necesarias para hacerlos efectivos.

En este sentido, la omisión de regular el consentimiento informado accesible resulta incompatible con el artículo 1º constitucional, que obliga a todas las autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos conforme a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. La progresividad implica una obligación de avanzar, no de estancarse en modelos normativos excluyentes.

Desde nuestra perspectiva, sostener que la falta de regulación expresa exonera a las instituciones de salud de garantizar accesibilidad constituye una interpretación regresiva e inaceptable desde el punto de vista constitucional.

El concepto de control de convencionalidad, desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, impone a todas las autoridades del Estado la obligación de interpretar y aplicar el derecho interno de conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos. En el contexto mexicano, este deber se ve reforzado por la reforma constitucional de 2011 y por la integración de los tratados al bloque de constitucionalidad.

Aplicado al consentimiento informado, el control de convencionalidad exige que la Ley General de Salud y su aplicación práctica se interpreten conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto implica que, aun en ausencia de regulación expresa, las instituciones de salud están obligadas a garantizar formatos accesibles como parte del contenido esencial del derecho a la salud y del derecho a la información.

Desde esta óptica, la accesibilidad no depende de la voluntad administrativa ni de la disponibilidad presupuestaria inmediata; es una obligación jurídica exigible, derivada directamente del derecho internacional.

Las normas oficiales mexicanas en materia de atención médica desarrollan aspectos técnicos del consentimiento informado, pero replican el mismo vacío conceptual: no incorporan la accesibilidad como estándar obligatorio. En la práctica hospitalaria, esto se traduce en formularios impresos, lenguaje técnico y ausencia de mecanismos de verificación de comprensión, especialmente para personas con diversidad funcional.

Esta práctica institucionalizada revela que la omisión legislativa tiene efectos reales y cotidianos: la exclusión sistemática de personas del proceso decisorio sobre su propio cuerpo. Desde un enfoque de derechos humanos, esta exclusión no puede justificarse por razones administrativas o logísticas.

Sostenemos que la accesibilidad comunicacional forma parte del contenido esencial del derecho a la salud. Sin información accesible, no hay consentimiento; sin consentimiento, la intervención médica carece de legitimidad ética y jurídica.

Desde la bioética, la accesibilidad se vincula directamente con el principio de autonomía; desde el derecho, con la validez del acto médico; desde los derechos humanos, con la dignidad y la igualdad. Esta triple dimensión refuerza la tesis de que la omisión normativa no es neutra, sino estructuralmente discriminatoria.

Frente a la ausencia de regulación expresa, las instituciones de salud no pueden adoptar una postura pasiva. El principio de interpretación conforme impone la obligación de aplicar la Ley General de Salud de manera compatible con la Constitución y los tratados internacionales.

Desde nuestra voz autoral, afirmamos que cada hospital, clínica y profesional de la salud es también un agente de control de convencionalidad. La falta de lineamientos específicos no autoriza la violación de derechos humanos.

Garantizar consentimiento informado accesible implica adoptar medidas como formatos digitales compatibles con lectores de pantalla, versiones en audio,

lenguaje claro y procesos de verificación de comprensión. Estas medidas no constituyen cargas desproporcionadas, sino ajustes estructurales mínimos para el respeto de la autonomía.

Finalmente, sostenemos que la superación de estas omisiones estructurales requiere una reforma integral del marco legal sanitario mexicano, que incorpore de manera explícita la accesibilidad como estándar obligatorio del consentimiento informado. Esta reforma debe ir acompañada de capacitación, supervisión y mecanismos de rendición de cuentas.

Mientras ello no ocurra, el control de convencionalidad ofrece una herramienta jurídica poderosa para exigir el respeto de los derechos de las personas con diversidad funcional en el ámbito sanitario.

Desde nuestra perspectiva, la omisión legislativa no puede seguir funcionando como excusa institucional. La accesibilidad no es un favor; es una obligación jurídica pendiente.

VI. Diversidad funcional como categoría ética y política: lenguaje, poder y autonomía

El concepto de diversidad funcional, propuesto por Javier Romañach y Manuel Lobato, constituye una crítica radical al modelo médico-rehabilitador que ha dominado históricamente la comprensión jurídica y social de las diferencias corporales y sensoriales. Frente a una tradición que define a las personas a partir de la carencia, la anormalidad o el déficit, la noción de diversidad funcional propone un desplazamiento ético y político: reconocer la pluralidad de formas de funcionar como una expresión legítima de la condición humana.

Este cambio terminológico no es una cuestión semántica menor ni una moda académica. Desde nuestra perspectiva, se trata de una reconfiguración profunda del estatus moral y jurídico de las personas, con implicaciones directas para el ejercicio de la autonomía, la capacidad jurídica y el consentimiento informado. Nombrar de otro modo implica pensar de otro modo, y pensar de otro modo habilita prácticas distintas.

En el ámbito jurídico, el lenguaje no describe realidades neutrales: las produce; los conceptos legales organizan el mundo social, distribuyen poder y delimitan quién puede decidir y quién debe ser decidido. La persistencia del término “discapacidad”, anclado en una lógica de déficit, ha contribuido históricamente a la construcción de sujetos jurídicamente disminuidos, necesitados de tutela y protección, más que de reconocimiento y derechos.

En el campo sanitario, esta carga semántica ha legitimado prácticas paternalistas profundamente arraigadas. La idea de que una persona con “discapacidad” es inherentemente vulnerable, dependiente o incapaz ha servido como justificación implícita para sustituir su voluntad, especialmente en procesos de consentimiento informado. Bajo este esquema, la firma de familiares, la omisión de información directa al paciente y la presunción de incompetencia decisional se presentan como actos de cuidado, cuando en realidad constituyen formas de exclusión institucionalizada.

La categoría de diversidad funcional cuestiona de manera frontal esta lógica. Al desplazar el foco del déficit al reconocimiento de la diferencia, desactiva el fundamento simbólico del paternalismo médico. Si la diversidad funcional es una expresión legítima de la pluralidad humana, entonces no existe una razón moral ni jurídica para negar la autonomía, salvo en supuestos excepcionales aplicables a cualquier persona.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad deja de concebirse como un favor o una adaptación extraordinaria y se entiende como una condición estructural de igualdad. La persona no es “incapaz” de comprender; es el sistema el que ha sido diseñado de manera excluyente. El problema ya no reside en el individuo, sino en las barreras comunicacionales y normativas que el propio Estado ha construido.

Adoptar el enfoque de diversidad funcional en el consentimiento informado implica una transformación ética profunda. Supone reconocer que la autonomía no está condicionada por la forma de funcionamiento sensorial, sino por el acceso efectivo a la información y a los apoyos necesarios para la toma de decisiones.

Desde nuestra voz autoral, sostenemos que no es éticamente admisible hablar de consentimiento informado cuando el lenguaje jurídico y médico parte de la presunción de incapacidad. La diversidad funcional obliga a repensar el consentimiento como un proceso dialógico, accesible y respetuoso de la singularidad de cada persona, sin jerarquías implícitas entre formas de funcionar.

Finalmente, la diversidad funcional no es solo una categoría ética, sino una herramienta política de resistencia frente a estructuras normativas excluyentes. Nombrarse y ser nombrado desde la diversidad funcional implica disputar el sentido común jurídico que asocia diferencia con incapacidad.

En el contexto mexicano, incorporar esta categoría en el análisis del consentimiento informado permite visibilizar que muchas de las prácticas actuales no son fallas aisladas, sino consecuencias lógicas de un lenguaje que deshumaniza. Transformar el lenguaje es el primer paso para transformar el derecho.

Desde nuestra postura, afirmamos con claridad: mientras el derecho siga nombrando desde el déficit, seguirá decidiendo por las personas. La diversidad funcional abre la posibilidad de un derecho sanitario verdaderamente respetuoso de la autonomía, la dignidad y la pluralidad humana.

VII. Paternalismo médico y sustitución de la voluntad: límites éticos y violaciones estructurales

El paternalismo médico ha sido históricamente justificado bajo la premisa de la protección del paciente, particularmente en contextos de enfermedad, vulnerabilidad o dependencia. Desde esta lógica, el profesional de la salud asume que sabe qué es lo mejor para la persona y, en consecuencia, decide por ella. No obstante, la bioética contemporánea ha cuestionado de manera profunda este enfoque, reconociendo que la protección, cuando se ejerce sin límites claros, puede convertirse en una forma de dominación que anula la autodeterminación.

Autores centrales de la bioética principalista han sostenido que el paternalismo solo puede ser éticamente justificable en supuestos excepcionales, claramente delimitados y temporalmente acotados, como aquellos en los que la persona carece

de conciencia o enfrenta un riesgo inmediato que impide cualquier forma de deliberación. Fuera de estos escenarios, la sustitución de la voluntad constituye una vulneración del principio de autonomía y del respeto a la dignidad humana.

En el contexto mexicano, el paternalismo médico no se manifiesta únicamente como una actitud individual del personal de salud, sino como una práctica estructural normalizada, reproducida por protocolos institucionales, rutinas hospitalarias y marcos normativos incompletos. Esta forma de paternalismo resulta particularmente evidente cuando se trata de personas con diversidad funcional visual.

Prácticas como explicar el procedimiento a un familiar en lugar de al paciente, solicitar la firma de terceros o presumir incompetencia decisional sin evaluación individualizada se presentan como actos de cuidado. Sin embargo, desde un enfoque de derechos humanos, estas prácticas constituyen mecanismos sistemáticos de exclusión del proceso decisorio. La persona deja de ser sujeto de derechos para convertirse en objeto de protección.

La sustitución de la voluntad implica asumir que otra persona, que es generalmente un familiar o el propio profesional de la salud, está mejor posicionada para decidir. Esta lógica es frontalmente incompatible con el reconocimiento de la capacidad jurídica plena de las personas con diversidad funcional, tal como lo establece la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Desde nuestra perspectiva, explicar un procedimiento médico a un tercero cuando el paciente está presente y conserva su capacidad de decisión no es un acto neutral ni benevolente: es una negación práctica de la capacidad jurídica. La diversidad funcional visual se convierte así en un pretexto para desplazar la voz de la persona y reforzar una jerarquía decisional injustificada.

Cuando el consentimiento informado se obtiene mediante la firma de un tercero o sin garantizar comprensión real por parte del paciente, el consentimiento pierde su sentido ético y jurídico. Se convierte en una simulación formal destinada a proteger a la institución, no a respetar la autonomía de la persona.

Desde un enfoque bioético, sostenemos que no puede hablarse de consentimiento informado cuando la información no se dirige a quien debe decidir. La diversidad funcional visual no elimina la capacidad de comprender; lo que la elimina es la falta de accesibilidad. El problema, por tanto, no es la persona, sino el diseño excluyente del sistema de salud.

Las prácticas paternalistas descritas vulneran frontalmente la Constitución mexicana, en particular el artículo 1º, que prohíbe toda forma de discriminación y obliga a las autoridades a garantizar los derechos humanos conforme al principio pro persona. Asimismo, contravienen el artículo 12 de la Convención, que reconoce la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, y el artículo 25, que garantiza el derecho a la salud sin discriminación.

Desde nuestro enfoque, afirmamos que el paternalismo médico, cuando se ejerce de manera automática y sin justificación estricta, no protege al contrario discrimina. La sustitución de la voluntad no es una medida de cuidado, sino una práctica que perpetúa la exclusión y niega la dignidad.

Superar el paternalismo médico requiere una transformación ética de la práctica clínica. Esta transformación implica reconocer que la protección auténtica no consiste en decidir por la persona, sino en crear las condiciones para que pueda decidir por sí misma. En el caso de personas con diversidad funcional visual, estas condiciones se concretan en formatos accesibles, lenguaje claro y procesos de verificación de comprensión.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad no es un límite a la práctica médica, sino su condición ética de legitimidad. Solo cuando el sistema abandona la sustitución de la voluntad y adopta apoyos respetuosos de la autonomía, el consentimiento informado recupera su sentido pleno.

VIII. Consentimiento informado accesible como requisito de validez jurídica

Sostenemos que la accesibilidad no puede seguir siendo concebida como un ajuste razonable optativo ni como una buena práctica sujeta a la sensibilidad individual del personal de salud. Desde una perspectiva constitucional, convencional y bioética,

la accesibilidad debe ser reconocida como un requisito de validez jurídica del consentimiento informado. Un consentimiento que no es accesible para la persona destinataria carece de uno de sus elementos esenciales y, por tanto, es jurídicamente defectuoso y éticamente inválido.

El consentimiento informado no es un acto meramente formal ni un documento administrativo destinado a eximir de responsabilidad a las instituciones médicas. Es un proceso comunicativo que tiene como finalidad garantizar que la persona pueda comprender, deliberar y decidir sobre intervenciones que afectan de manera directa su cuerpo, su salud y su proyecto de vida. Cuando este proceso se desarrolla en condiciones de inaccesibilidad, el consentimiento pierde su sentido y se convierte en una simulación.

Desde el derecho civil y sanitario, la validez de un consentimiento exige, al menos, tres elementos: información suficiente, comprensión real y manifestación libre de la voluntad, la accesibilidad incide de manera directa en el segundo elemento, no puede afirmarse que una persona ha comprendido la información si esta le fue presentada en un formato que no puede percibir o procesar.

En este sentido, la accesibilidad no es un elemento accesorio, sino una condición estructural de la comprensión, negarla equivale a aceptar consentimientos viciados por error, falta de información o incluso coacción estructural. Desde nuestra postura, un consentimiento informado no accesible es tan inválido como aquel obtenido mediante engaño o presión indebida.

Desde la bioética, la accesibilidad se vincula de manera directa con el principio de autonomía. La autonomía no se satisface con el simple reconocimiento abstracto de la capacidad jurídica; requiere condiciones materiales que hagan posible el ejercicio efectivo de la autodeterminación. Un sistema que reconoce la autonomía en el discurso, pero la niega en la práctica mediante barreras comunicacionales, incurre en una contradicción ética insostenible.

Asimismo, la accesibilidad se relaciona con el principio de justicia, en tanto busca corregir desigualdades estructurales que afectan de manera desproporcionada a

personas con diversidad funcional. Tratar de manera idéntica a quienes se encuentran en situaciones distintas no garantiza igualdad; por el contrario, perpetúa la exclusión.

Desde una perspectiva normativa, un consentimiento informado accesible debe incluir, como mínimo, los siguientes elementos: formatos digitales compatibles con lectores de pantalla, que permitan a las personas con diversidad funcional visual acceder de manera autónoma a la información médica relevante, versiones en braille cuando la persona lo solicite, reconociendo este sistema como una forma legítima y autónoma de acceso a la información, audios estructurados, claros y completos, que reproduzcan fielmente el contenido del consentimiento, sin simplificaciones que distorsionen la información, lenguaje claro, libre de tecnicismos innecesarios, que facilite la comprensión real del procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas, verificación de comprensión, mediante mecanismos que permitan confirmar que la persona ha entendido la información y ha podido formular preguntas.

Estos elementos no constituyen una lista exhaustiva, sino un estándar mínimo que debe adaptarse a las necesidades concretas de cada persona, en un enfoque de apoyos para la toma de decisiones.

Desde nuestra perspectiva, la ausencia de accesibilidad debe tener consecuencias jurídicas claras. Un consentimiento informado no accesible no puede considerarse válido y debe generar responsabilidad para la institución de salud, admitir lo contrario implicaría vaciar de contenido los derechos a la autonomía, a la información y a la salud.

Reconocer la accesibilidad como requisito de validez no introduce una carga excesiva para el sistema sanitario; introduce coherencia normativa. El derecho no puede exigir consentimiento informado y, al mismo tiempo, tolerar prácticas que hacen imposible comprender la información.

Finalmente, sostenemos que la accesibilidad redefine la legitimidad del acto médico, ya que una intervención realizada sin consentimiento accesible no solo es

jurídicamente cuestionable, sino éticamente reprochable, porque la protección auténtica de la persona no se logra decidiendo por ella, sino garantizando que si pueda decidir.

Desde esta visión, afirmamos con claridad, que sin accesibilidad no hay consentimiento; sin consentimiento no hay legitimidad; y sin legitimidad no hay ética clínica posible.

IX. Inaccesibilidad como discriminación indirecta y capacitismo estructural

La discriminación no siempre se manifiesta de manera abierta, explícita o intencional. En muchos casos, adopta formas sutiles, normalizadas y estructurales, que operan bajo la apariencia de neutralidad. En el derecho antidiscriminatorio contemporáneo, se reconoce que la discriminación indirecta se configura cuando una norma, política o práctica aparentemente neutral produce efectos desproporcionados y adversos en un grupo históricamente excluido. La falta de accesibilidad en los hospitales públicos mexicanos constituye un ejemplo paradigmático de este tipo de discriminación.

La práctica de proporcionar información médica exclusivamente en formatos visuales impresos puede parecer, a primera vista, una medida estándar aplicable a todas las personas, sin embargo, sus efectos reales son profundamente desiguales: y se excluye sistemáticamente a personas con diversidad funcional visual del ejercicio efectivo de su autonomía y de su derecho a la salud. Esta exclusión no es un efecto colateral menor; es el resultado previsible de un sistema diseñado sin considerar la diversidad humana.

El concepto de capacitismo estructural permite comprender cómo ciertas formas de funcionamiento corporal y sensorial son asumidas como la norma, mientras que otras son tratadas como desviaciones que deben ser corregidas, compensadas o, en el mejor de los casos, toleradas. En el ámbito sanitario, el capacitismo se manifiesta cuando los procesos clínicos, administrativos y comunicacionales se diseñan para un paciente idealizado: vidente, oyente, alfabetizado visualmente y capaz de interactuar con documentos impresos.

Desde esta lógica, la inaccesibilidad no se percibe como una falla del sistema, sino como un problema individual de la persona, esta inversión de la responsabilidad constituye uno de los rasgos más persistentes del capacitismo, que es el culpar al individuo por no ajustarse a un entorno excluyente.

El modelo social desarrollado por Michael Oliver ofrece una herramienta teórica fundamental para desmontar esta lógica, desde este enfoque, la diversidad funcional no es la causa de la exclusión; lo es la existencia de barreras físicas, comunicacionales y normativas que impiden la participación en igualdad de condiciones.

Aplicado al consentimiento informado, este modelo permite afirmar con claridad que la discapacidad no reside en la persona, sino en el diseño del documento, del procedimiento y de la institución; consideramos firmemente que la barrera no es la diversidad funcional visual, sino la barrera es el documento inaccesible.

Esta afirmación sintetiza de manera contundente el desplazamiento ético y político que proponemos: dejar de problematizar los cuerpos y comenzar a problematizar las estructuras.

Desde el derecho constitucional mexicano, la igualdad no se agota en el trato idéntico, implica la obligación de remover los obstáculos que impiden el ejercicio efectivo de los derechos, cuando el Estado tolera prácticas inaccesibles en hospitales públicos, incumple su deber de garantizar igualdad sustantiva y perpetúa una forma de discriminación estructural.

La inaccesibilidad del consentimiento informado no solo afecta la autonomía individual; reproduce un mensaje institucional de desvaloración, al sugerir que la participación de ciertas personas en la toma de decisiones no es prioritaria o relevante, este mensaje, reiterado cotidianamente, tiene efectos acumulativos que refuerzan la exclusión y normalizan la sustitución de la voluntad.

Desde nuestra postura, sostener que la falta de accesibilidad es una consecuencia inevitable de limitaciones presupuestarias o administrativas resulta jurídicamente insostenible, la discriminación indirecta no requiere intención discriminatoria; basta

con demostrar el impacto desproporcionado, en este sentido, la responsabilidad institucional es clara.

El Estado mexicano no puede alegar neutralidad cuando sus prácticas producen exclusión sistemática, la accesibilidad no es una concesión graciosa ni una política opcional; es una obligación jurídica derivada del derecho a la igualdad, a la salud y a la dignidad.

Superar el capacitismo estructural en el ámbito sanitario exige una revisión crítica de los supuestos que orientan la práctica médica y administrativa, esto implica reconocer que la diversidad funcional no es una anomalía que deba ser gestionada, sino una realidad que debe ser integrada desde el diseño mismo de las políticas públicas.

Como autora y autor, afirmamos que mientras la inaccesibilidad siga siendo tolerada, la discriminación seguirá siendo invisible; nombrarla, analizarla y confrontarla es un paso indispensable para construir un sistema de salud verdaderamente inclusivo y respetuoso de los derechos humanos.

XI. Conclusión

El consentimiento informado accesible no constituye una concesión del sistema sanitario ni una medida extraordinaria destinada a grupos específicos, del análisis precedente se desprende que se trata de una exigencia estructural derivada directamente del principio de autonomía, del reconocimiento de la capacidad jurídica plena y del derecho a la igualdad sustantiva, tal como han sido desarrollados por la bioética contemporánea, la Constitución mexicana y los tratados internacionales de derechos humanos.

La coherencia del sistema jurídico exige reconocer que el consentimiento informado no se agota en la obtención de una firma ni en el cumplimiento formal de un trámite administrativo, su validez ética y jurídica depende de la existencia de condiciones materiales que permitan a la persona comprender la información, deliberar conforme a sus propios valores y expresar libremente su voluntad. Cuando estas condiciones

no se garantizan mediante formatos accesibles, el consentimiento se encuentra viciado en su esencia.

Un orden normativo compatible con la Constitución y con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no puede prescindir de la accesibilidad como elemento constitutivo del consentimiento informado, negarla equivale a aceptar una forma de sustitución encubierta de la voluntad y a tolerar prácticas que contradicen el reconocimiento de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones; la accesibilidad, en este sentido, no es un ajuste periférico, sino un estándar mínimo de legitimidad del acto médico.

Asimismo, la ausencia de estándares explícitos de accesibilidad en el marco legal sanitario mexicano revela una omisión estructural que no puede interpretarse como un vacío neutro; desde el control de constitucionalidad y convencionalidad, dicha omisión impone a las instituciones de salud y a las autoridades la obligación de interpretar y aplicar la normativa existente de manera compatible con los derechos humanos, garantizando el acceso efectivo a la información médica sin discriminación.

Las prácticas persistentes de paternalismo médico y sustitución de la voluntad, particularmente en el caso de personas con diversidad funcional visual, no responden a una necesidad clínica, sino a inercias institucionales sostenidas por un lenguaje jurídico y médico que continúa asociando diferencia con incapacidad. El análisis desarrollado en este capítulo demuestra que estas prácticas vulneran la autonomía, la dignidad y el derecho a la salud, y que su normalización constituye una forma de discriminación indirecta y capacitismo estructural.

Desde el enfoque de diversidad funcional, la inaccesibilidad deja de percibirse como un problema individual y se revela como una falla del diseño normativo e institucional, no es la persona la que carece de capacidad para decidir, sino el sistema el que ha sido construido sin considerar la pluralidad de formas de funcionamiento humano, reconocer esta realidad implica desplazar la mirada desde el cuerpo hacia la estructura, desde el déficit hacia la barrera, y desde la tutela hacia los apoyos para la toma de decisiones.

En este contexto, garantizar la accesibilidad del consentimiento informado no representa una carga desproporcionada ni una innovación disruptiva, sino una consecuencia lógica y necesaria del modelo constitucional de derechos humanos vigente en México, la accesibilidad se configura así como un criterio de validez jurídica, un imperativo bioético y un componente esencial del derecho a la salud.

Garantizar accesibilidad es garantizar dignidad, garantizar accesibilidad es hacer bioética aplicada, garantizar accesibilidad es cumplir con los derechos humanos.

Solo cuando el consentimiento informado se concibe y se practica desde esta comprensión integral, el derecho sanitario deja de ser un instrumento de exclusión y se convierte en un espacio real de ejercicio de la autonomía y de respeto a la diversidad funcional como parte inherente de la condición humana.

Referencias

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014). *Observación general núm. 1 (2014): Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley*. Naciones Unidas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Organización de las Naciones Unidas.

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan.

Romañach, J., & Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional: Nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Foro de Vida Independiente.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2018). *Criterios jurisprudenciales sobre igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad*. Semanario Judicial de la Federación.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2022). *Estado de interdicción. Es incompatible con el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce la capacidad jurídica plena en igualdad de condiciones*. Tesis jurisprudencial 145/2022 (11a.), Registro digital 2025584. *Semanario Judicial de la Federación*.

Algunos peligros del uso de las tecnologías en el campo de la salud

Dra. Rosa Elizabeth Sevilla Godínez

Dra. Georgina Vega Fregoso.

Resumen

Este capítulo analiza los riesgos éticos, legales y sociales derivados de la incorporación de tecnologías emergentes en el ámbito de la salud, particularmente la inteligencia artificial, el Big Data y la digitalización de los servicios médicos. Se examina cómo estas herramientas, aunque prometen eficiencia y precisión diagnóstica, plantean dilemas relacionados con la privacidad, la autonomía del paciente y la responsabilidad profesional. El texto subraya que la ciberseguridad y la protección de datos personales son condiciones indispensables para garantizar la confianza en la medicina digital. Asimismo, se advierte sobre el peligro de que los algoritmos reproduzcan sesgos estructurales, generando desigualdades en el acceso y calidad de la atención. Desde la perspectiva del bioderecho, se propone que la regulación tecnológica debe estar orientada por principios bioéticos y derechos humanos, asegurando que la innovación no se convierta en una amenaza para la dignidad humana. El capítulo concluye que el reto contemporáneo consiste en equilibrar el potencial transformador de la tecnología con la obligación ética y jurídica de proteger al paciente como sujeto de derechos.

Palabras clave:

Inteligencia artificial, Big Data, Ciberseguridad, Privacidad, Atención médica, Tecnología

Introducción

En su libro *La Convivencialidad* (1973), Iván Illich aborda un concepto útil para proponer en nuestro pensamiento de profesionales un criterio ético para responder a la pregunta ¿qué significa usar la tecnología en el campo de las ciencias de la salud? Este concepto es: 'equilibrio multidimensional de la vida humana'; a Illich

este concepto amplio le permite, como a nosotras, entrar al problema de fondo en este capítulo ¿Cómo es la relación que los médicos y cualquier otro profesional de ciencias de la salud establecen con la herramienta? En este caso, la herramienta son las tecnologías.

La palabra tecnología, no se refiere sólo a máquinas o dispositivos digitales, sino a un conjunto organizado de conocimientos, técnicas y procedimientos que permiten intervenir en la realidad para transformarla.

La ciencia es un producto social, por ello, atendiendo al contexto mexicano hemos en menos de una década acelerado la incorporación de las tecnologías debido a que nos proveen rapidez y precisión en el diagnóstico, facilitan la comunicación entre el médico y el paciente, contribuyen a la rápida consulta y al conocimiento de distintos padecimientos agilizando configurar opciones de tratamiento, entre otros (García, 2022; Monobanda, 2024).

Entre otras ciencias de la salud, es en la práctica de la medicina donde de manera importante se refleja el desarrollo de la tecnología: en la atención a distancia, en el acceso a las consultas con la telemedicina y en los procesos de atención como en las cirugías de control remoto; el campo de la tecnología médica presenta diversos niveles de sofisticación y con ello, un profuso aumento de datos e informaciones que en ocasiones se vuelve difícil manejar, por ello y a pesar de estos avances y beneficios, también existen peligros asociados al uso de las diversas tecnologías (Tabla 1), por ejemplo sobre el adecuado resguardo de la información que se maneja en el sector salud que implica datos sensibles, la información sobre el estado de salud de los pacientes que requieren un estricto control de seguridad y confidencialidad (Cervera, 2024; Pavón, 2024). En este capítulo se abordan algunos de esos peligros a los que se enfrentan los pacientes, los profesionales y los servicios de salud ante estos desarrollos tecnológicos.

Tabla 1. Peligros en el uso irracional de la tecnología

Peligro	Atenta contra
Datos personales	Uso inadecuado Confidencialidad
Opacidad en las decisiones	Autonomía y proceso decisional
Anonimización	Dignidad de la persona
Trato diferente con un humano Deshumanización del acto médico	Fiabilidad de las decisiones
Reducción del paciente a datos	Integridad corporal simbólica
Ataque a bases de datos hospitalarias	Privacidad y seguridad, uso comercial de datos clínicos
Dependencia tecnológica	Singularidad y relacionalidad

Fuente: Elaboración propia.

El desarrollo tecnológico y la tecnología en el ámbito médico

En sentido amplio el desarrollo tecnológico es un proceso por el cual una sociedad crea o mejora sus tecnologías con el objetivo de resolver problemas o paliar necesidades, generalmente se asocia con conceptos como innovación y un fortalecimiento de la producción inter y transdisciplinar del conocimiento científico. En materia de avances tecnológicos en el área de ciencias de la salud cada año se reportan novedades, a continuación se presentan en la Tabla 2 algunos de los principales desarrollos tecnológicos susceptibles de usarse en alguna de las fases de la atención.

Tabla 2. Avances recientes: Tecnología y medicina

Inteligencia Artificial	Robots quirúrgicos, que integran tecnologías de realidad aumentada e inteligencia artificial	Vacunas con tecnología de ARN mensajero
Wearables para la salud	Gemelos digitales permiten la simulación precisa del comportamiento de órganos y sistemas humanos vía supercomputadoras e IA	Órganos en chip y bioimpresión 3D
Nanotecnología en medicina	Medicina regenerativa para la reparación de órganos dañados	Tecnología de edición genética CRISPR

Fuente: Elaboración propia con información de Guio, 2024.

Estas contribuciones tecnológicas generan más información en torno a la salud de los pacientes y representan un reto en el resguardo y gestión para los médicos y las instituciones de salud; por ejemplo, una adecuada organización y gestión de los datos impulsa una atención más eficaz y personalizada pero ¿qué tan seguros están nuestros datos?

Ernesto Trens Flores en su artículo El desarrollo tecnológico y las políticas de salud (2000), plantea que cuando una institución incorpora un servicio o usa un método nuevo, ahí es cuando se opera un cambio tecnológico, también plantea que la tecnología tiene un ciclo de vida, digamos que atraviesa por fases: introducción, aceptación, madurez en el conocimiento, transferencia y declinación. El autor sostiene que la incorporación de tecnologías en el campo de la salud tiene dos vertientes, por un lado, la industria paramédica responsable del desarrollo de equipo médico y por el otro, la industria farmacéutica quien se encarga de investigar y desarrollar nuevos medicamentos. Además existe una tercera vertiente, la de la gestión de datos hospitalarios y de salud en donde es imprescindible el uso tecnológico para la organización y manejo de un gran cúmulo de datos, es decir, big data.

En el artículo Aplicación del *bid data* en la gestión sanitaria hospitalaria: oportunidades, retos y perspectivas futuras, Carlos García Ruiz y colaboradores

(2025), señalan justamente que “el actual aumento del volumen de datos clínicos, generados por las distintas aplicaciones que componen los entornos hospitalarios, ofrecen posibilidades para mejorar la calidad asistencial e incrementar la eficiencia y productividad mediante el uso de Big Data”, sin embargo, el uso masivo de datos también abre un horizonte donde la vigilancia y estrategias de ciberseguridad son imprescindibles para garantizar que no existan abusos tanto de instancias de gobierno como de corporativos nacionales y transnacionales.

Equidad en el acceso y costos de atención

Como hemos expuesto la aplicación de la tecnología en el campo de la salud juega un papel muy importante, para ello se deben destinar los recursos suficientes para reducir la inequidad por el acceso desigual a servicios e innovaciones tecnológicas entre la población mexicana.

El equipo y la tecnología médica desde la aparición de la cápsula endoscópica hasta los robots Da Vinci demandan millones de dólares, recursos que no siempre se encuentran disponibles para beneficiar a las mayorías, por ello, la primera estrategia, que no genera costos innecesarios y no excluye a ningún grupo social es la Atención Primaria a la Salud (APS).

En México en 2022 según el *HospiraRank 2022* elaborado por *Global Health Intelligence* de los 3,655 hospitales mexicanos registrados, solo 24 hospitales contaban en ese año con equipos de cirugía robótica; de esos solo ocho son hospitales públicos y siete de ellos se encuentran solamente en Ciudad de México.

Sin embargo es necesario tener en mente que, a pesar de que la tecnología tiene múltiples beneficios y usos en salud, la equidad debe ser una guía en el acceso, sobre todo considerando que México tiene un elevado índice de Gini, un poco más de la mitad de la riqueza del país se concentra en una décima de la población, más de la tercera parte vive en pobreza multidimensional (educación, salud, alimentación, vivienda, seguridad social), y solo el 30% de la población indígena no presenta pobreza (Meneses, 2025).

Lo que permite identificar un peligro: la tecnología solo es la herramienta, un medio, mientras que el lugar donde se nace y vive es un determinante de la salud, pues según donde uno nace es más probable o improbable que tenga acceso pleno a atención médica oportuna y de calidad ¿es ético que unos queden fuera y otros no?

Otro ejemplo del uso ético de la tecnología es la telemedicina, con ella se acortan distancias, se facilita en un nivel la comunicación, se agilizan los diagnósticos y los tratamientos en las poblaciones más alejadas, esto funciona como una tecnología que permite al Estado garantizar derecho a la salud a los grupos sociales que se encuentran sub-atendidos (Alegre et al., 2024).

Si se hace una revisión desde la perspectiva de la geografía de la salud se podrá identificar que nuestro país tiene una diversidad orográfica y socio cultural que hacen complejo que el Estado garantice el pleno acceso a servicios de salud, por tanto el diseño e implementación de las tecnologías digitales en salud generan equidad, como profesionales de la salud debemos cuidar no generar diferencias de atención con el uso de tecnología, de acuerdo al género y a la edad para no imponer cargas extras a los pacientes, considerando que no en todos los lugares se tiene acceso a internet o bien hay un importante grupo de población que aún no está familiarizado con el uso de tablets, computadores y celulares (Cárdenas, 2025).

Pues para lograr una equidad, cobertura, calidad y acceso universal es necesario disminuir la desigualdad que impera en más de la tercera parte de la población que no cuenta con acceso a internet en México (Jiménez, 2022).

En esta perspectiva la Organización Mundial para la Salud en el documento “Estrategia Mundial sobre salud digital 2020-2025” (2021) promueve cuatro estrategias, de las cuales la cuarta busca que las tecnologías digitales se encaminen a generar soluciones con un enfoque en igualdad de género y equidad en salud (Vidal, 2023), lo que disminuiría las diferencias de atención (Cárdenas, 2025).

Por otro lado, el Objetivo de Desarrollo Sostenible no.9 busca que los países fortalezcan la innovación e infraestructura en salud (Jiménez, 2022) lo que debiera reflejarse en un beneficio global.

Existe una diferencia entre considerar la determinación social de la salud y los determinantes sociales de la salud.

La determinación social plantea que la salud y la enfermedad están condicionados por procesos históricos estructurales, ligados al modo de producción, las relaciones de poder, la desigualdad y la organización social, por ejemplo, que en el mundo impere un sistema económico capitalista neo extractivista, tiene un costo y un peso específico en las posibilidades de enfermar o mantener la salud de la población empobrecidas; concretamente, imaginemos a la familia de un minero que trabajaba en la mina Pasta de Conchos ubicada en Nueva Rosita, Coahuila, México ¿cómo la tecnología puede contribuir a que su salud se mantenga y en caso de enfermar no muera?

En forma complementaria los determinantes sociales de la salud no miran procesos sino contextos aislados e individualizados: variables de ingreso, educación, vivienda, trabajo y acceso a servicios, es decir, plantean que la forma en que las personas nacen, se desarrollan, envejecen, y viven determinan en sí es capaz de mantenerse sano o enfermar, sin embargo, ¿conoces las condiciones de trabajo de un minero en la actualidad?

Algunos autores señalan la necesidad de ampliar estas ideas y proponen hablar de determinantes digitales en salud' a fin de identificar y reducir las brechas que puedan generar diferencias en la salud de las personas y comunidades (Vidal et al., 2023) por las desigualdades en el acceso y uso de las tecnologías (Díaz de León, 2020) a la par que se promueve desde el Estado y los gobiernos locales la asequibilidad digital (Alarcón, 2025).

Ciberseguridad y uso ético de tecnología en ciencias de la salud

La ciberseguridad es la práctica de proteger personas y datos de los ataques de hackers o ciberataques; en este marco y considerando que las brechas digitales en México limitan el acceso y uso exitoso de las herramientas (Hincapie, 2024) y servicios para el cuidado, prevención, y control de la salud (Bagolle, 2022) que provee la telemedicina, es que debemos reparar en la alfabetización digital tanto para médicos y otros profesionales de la salud como para los pacientes. La alfabetización digital y la brecha digital deben incluirse como elementos de desigualdad, podemos hablar de brecha digital en el área rural, brecha digital en personas con discapacidad, brecha digital en personas de mayor edad (Panadés, 2024) y brecha digital en personas socialmente desfavorecidas (Vidal et al., 2023).

Entonces una perspectiva ética plantea que el uso de la tecnología debe ir dirigida a todas las personas sin importar el género, edad, sexo, nivel socioeconómico, territorio, discapacidad pues de esta manera se puede hablar de inclusión y equidad (Alarcón, 2025; Bagolle, 2022).

La disponibilidad de la tecnología puede evidenciar que las personas que más requieren de atención médica, sean las más desfavorecidas por no contar con el acceso a una red de internet, conocimiento en el uso de la tecnología, y no se vean favorecidas con el desarrollo de la digitalización en salud (Panadés, 2024). El Observatorio Nacional de inequidades en Salud en un informe evidenció que las personas con mayor concentración de pobreza son los más afectados en diferentes indicadores como: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad por condiciones crónicas, carencias sociales relacionadas con salud, servicios hospitalarios, y aunque no lo señala, no es necesario hacer un gran análisis para intuir que se puede agregar una diferencia de los beneficios derivados por los servicios derivados de la tecnología en salud (Secretaría de Salud, 2019).

El uso equitativo de la tecnología en salud debe encaminarse como una política pública de acceso universal que priorice la atención primaria y reduzca la falta de cobertura en las regiones que más lo necesitan. Con ello se puede contribuir a

disminuir la inequidad en los servicios de atención en salud a las poblaciones más desfavorecidas, sin olvidar que, el alto costo del uso de la tecnología en el campo de la salud conlleva al mismo tiempo un posible acceso no equitativo para todos (Gutiérrez, 2022).

Por otro lado, es prioritario resguardar la seguridad de los datos de salud. Los datos contenidos en los servidores de los hospitales contienen 10 veces más información que la de las tarjetas de crédito (Cartwright, 2023) ya que archivan recetas, datos de identidad, tratamiento, alergias, datos de contacto, número de identificación social, derechos a seguros, direcciones, etc. (De Luca & López, s/a; Pavón, 2024). Incluso los datos personales en salud son los más cotizados en los mercados negros (Alzuri, 2021; Cervera, 2024) y son blanco de hackers (CAF, 2022).

El sector salud fue el sector que más ciberataques recibió en 2019, el costo promedio llegó a 7,13 millones de dólares, lo doble que en cualquier otro sector (Alzuri, 2021). Este dato se agrava si se considera que se tarda casi un año en detectar un ataque a la institución (Alzuri, 2021).

Desde el año 2020 los costos de la brecha de seguridad digital han incrementado en un 53% (Cervera, 2024). Se ha estimado que el costo promedio de una brecha de seguridad (que implica pérdida de datos, corrección del daño, reputación), para una empresa latinoamericana, alcanza 1,16 millones de dólares (Gomero, 2024).

En 2022 hubo un incremento del 84% en los ciberataques en el sector salud (s,a, 2024), en ese mismo año las empresas latinoamericanas sufrieron al menos un ataque de ciberseguridad, algunas hasta casi 4 al año, México ocupó el segundo lugar con un 17% de incidentes de seguridad (Gomero, 2024). En la Tabla 3, se muestran algunos casos de ciberataques.

Tabla 3. Ejemplos de ataques a la seguridad de los datos digitales en los últimos años

Lugar	Ataque	Estrago	Costo
Reino Unido	WannaCry	Interrumpió los servicios en un tercio de hospitales y alrededor del 8% de consultas de medicina general (19.000 citas canceladas)	
Hollywood Presbyterian Medical Center de los Ángeles (EU)	Ransomware	Sistemas afectados volvieron a estar operativos	Pago un rescate para liberar sus sistemas informáticos(40 bitcoins con un valor equivalente a 15.000 euros)
Hospital Universitario de Düsseldorf (Alemania)	sin datos	Se afectaron los servidores y se cerró el servicio de urgencias	Primera muerte derivada de un ataque cibernético
al Hospital Clínic de Barcelona (España)	Filtraron historias clínicas e investigaciones	Cancelación de procesos e intervenciones a pacientes	
Canadian Capital Health Communication Center	Ramsonware	Afectación total al sistema de ambulancias	Impedimento a los paramédicos para localizar llamadas
Lurie Children's Hospital de Chicago	ransomware	Inhabilitada la línea de red informática del hospital	Venta de datos robados del hospital
Octapharma	ransomware	Cerró centros de plasma en 35 estados de EE.UU	Se publicaron datos de donantes, de laboratorio, datos de empleados y de la empresa

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Cervera, 2024; CSOA, 2024

Al mundo, los delitos cibernéticos le cuestan alrededor del 0.5% del PIB. En América Latina y el Caribe cuestan cerca de 90,000 millones de dólares (BID, 2016) mientras que el ciberespionaje y la ciberguerra se encuentran en el lugar 14 de los riesgos a nivel mundial. Se estima que se posicionará en el 5 lugar dentro de los siguientes 2 años (WEF, 2025). Por ello, es vital fortalecer la seguridad cibernética. México es parte del Convenio de Budapest sobre delitos cibernéticos creado en 2001 el cual establece diferentes lineamientos para protección ante estos ataques a través de leyes sustantivas y procesales (BID, 2016). Además, es necesario contar con herramientas que permitan salvaguardar los datos y asegurar la confidencialidad de los mismos en garantía de los derechos de las personas para proteger las cuestiones bioéticas (Alegre, 2024). México en 2017 estableció estrategias de ciberseguridad y legislación en ciberseguridad, cuenta además con Equipos de Respuesta ante Incidentes de Seguridad informática (CSIRT, por sus siglas en inglés) (BID, 2024).

México también cuenta con una normativa en el campo de Telesalud desde 2021 y en el Expediente clínico electrónico desde 2012 (Alegria, 2024) además, a nivel Federal aplica la Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2025, Buenas Prácticas de Fabricación de Dispositivos Médicos, en la que se señalan códigos de seguridad para restringir el acceso a los datos y el respaldo de la información que contienen.

Por otro lado, en lo que compete a personal de salud y administrativo para mitigar los riesgos de un ciberataque, es prioritaria la formación continua en prácticas de ciberseguridad y tener un control estricto del uso de datos de los pacientes a solo personal autorizado (Cervera, 2024). Es importante capacitar a los profesionales de la salud en los aspectos éticos derivados del uso de la tecnología en salud (Panadés, 2024). No ventilar información a terceros como si fuera un dato sin repercusiones desastrosas. Lograr todo esto demanda una actitud ética frente a los avances de la difusión y aplicación del uso de los dispositivos tecnológicos para la atención en salud, pues ello conlleva también la amplitud de posibilidades de ingreso a amenazas de ciberseguridad. Pongamos el ejemplo del uso de la Inteligencia Artificial ¿Cómo garantizamos la autonomía del paciente si como

médicos delegamos o nos ayudamos de la IA en el proceso de decisión de un diagnóstico?

70 Cabe señalar que en México existe un marco normativo en el sistema jurídico en relación a la protección de datos personales. No es el objetivo de este capítulo ahondar en ello, solo destacar que en el Artículo 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se engloban los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) que los pacientes pueden ejercer en relación con el uso de sus datos personales en el campo sanitario, además existe la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Hincapie, 2024).

Conclusiones

La era actual está inmersa en la cuarta revolución donde la industria 4.0 tiende a la automatización y el intercambio de datos, si bien esta industria permea en el sector salud a través de distintos dispositivos con sensores, procesamiento de datos, intercambio de datos con otros sistemas o dispositivos que ayudan al diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, entre otras, tiene aún mucho camino por recorrer en torno a la alfabetización, acceso, cobertura, equidad y el uso ético, para reconocer que se el desarrollo e innovación va ligado a un mayor bienestar de la población en general.

REFERENCIAS

16 Alarcón, I., Jiménez, A., Sánchez, C., Forero, V., Cabrera, A., García, R. (2025). Abordaje de los determinantes digitales de salud: principales ventajas y retos de la salud digital en el mundo actual. Atención Primaria, 57,. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103311>

14 Alegre, V., Álvarez, M., Bianchi ni, A., Buedo, P., Campi, N., Cristina, M., Del Huerto, M., Larrán, S., Martínez, V., Massaro, L., Milano. A., Morante, M., Moreira, G., Moya, G., Sabio, M., Sipitria, R., Luna, F. (2024). Salud digital en América Latina:

legislación actual y aspectos éticos. Rev Panam Salud Publica, 48:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.40>

57 Alzuri, P., Cabral, F., Paz, S., Nowersztern, A., Libedinsky, P. (2021). Protegiendo la salud digital, una guía de ciberseguridad en el sector salud. Banco Interamericano de Desarrollo.

36 Bagolle, A., Casco, M., Nelson, J., Orefice, P., Raygada, G., Tejerina, L. (2022). La gran oportunidad de la Salud Digital en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

BID. (2016). Ciberseguridad ¿Estamos preparados en América Latina y el Caribe?. Banco Interamericano de Desarrollo.

BID. (2024). Innovación y Tecnología en Salud en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

CAF. (2022). Inteligencia Artificial y Telemedicina en el Sector Salud-Oportunidades y Desafíos. Banco de Desarrollo de América Latina.

Cárdenas, M., Panadés, R., Fuster, A., Ciurana, M., Junyent, A., Cervera, A. (2025). Atención Primaria, 57, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103227>

77 Cervera, A., Goussens, A. (2024). Ciberseguridad y uso de las TIC en el Sector Salud. Atención Primaria, 56, 1-7.

33 Cartwright, A. J. (2023). The elephant in the room: cybersecurity in healthcare. Journal of Clinical Monitoring and Computing, 37(5), 1123–1132. <https://doi.org/10.1007/s10877-023-01013-5>

Corporación de Salud Ocupacional y Ambiental. (2024). Ciberseguridad para profesionales de la salud: más allá de las barreras físicas. <https://corporacionsoa.co/Memorias%202024/Inteligencia%20Artificial/Ciberseguridad%20sector%20salud.pdf>

De Luca, S., López, P. (s/a). La ciberseguridad en productos sanitarios, un pilar fundamental para la protección de los pacientes. Farmabiotec, 78-78.

42 Diario Oficial de la Federación. (2025). *Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2025, Buenas Prácticas de Fabricación de Dispositivos Médicos*. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/9497/salud/salud.html>

29 Díaz de León, C. (2020). Las TIC en el sector público del Sistema de Salud de México: Avances y oportunidades. *Acta Universitaria*, 30, e2650. doi. <http://doi.org/10.15174.au.2020.2650>

García, C. (2025). Aplicación del Big Data en la gestión sanitaria hospitalaria: oportunidades, retos y persepectivas futuras. *Ocronos*, 8(8), 1335.

3 García, S., Marti, M., Mejía, F., Pascha, V., Nelson, J., Tejerina, L., Bagolle, A., Dágnostino, M. (2022). La transformación digital para una salud pública más equitativa y sostenible en la era de la interdependencia digital. *Rev Panam Salud Publica*, 46, e1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.1>

30 Gomero, R., Sánchez, D. (2024). Ciberseguridad en servicios de apoyo al médico ocupacional de la ciudad de Lima. Estudio piloto. *Revista Médica Herediana*, 55(1), 38-46. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i1.5298>

Guio, L. (31 de diciembre de 2024). *Estos son los avances más importantes en la ciencia y la medicina durante el 2024*. *Medicina y salud pública*. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/estos-son-los-10-avances-mas-importantes-en-la-ciencia-y-la-medicina-durante-el-2024/25703>

3 Gutiérrez, C., López, M. (2022). La salud en la era digital. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 33(6), 562-567.

Hincapie, J., Fajardo, G., Tapia, R. (2024). *Medicina en la era digital: alcances y perspectivas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Illich, I. (1973). *La Convivencialidad*. Barral Editores. España.

IDB. (2025). *Cybersecurity Report*. Inter-American Development Bank. Global Cybersecurity Capacity Centre.

43 Jiménez, M. (2022). Telemedicina y Equidad. OSEKI. Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://oseki.eus/areas/desigualdades-sociales-de-la-salud/>

3 Manobanda, M., Rivera, L., López, S., y Rivera, S. (2024). Salud y bienestar en la era digital en América Latina durante los últimos diez años. *Reincisol*, 3(6), 5067-5087. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)5067-5087](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)5067-5087)

Meneses, S. (2025). México frente a la universalidad en salud: desigualdad, segmentación y reformas contradictorias. *Gaceta Sanitaria*, DOI: [10.1016/j.gaceta.2025.102533](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102533)

7 Panadés, R., Amorós, N., Albiol, M., Yuguero, O. (2024). Análisis de retos y dilemas que deberá afrontar la bioética del siglo XXI, en la era de la salud digital. *Atención Primaria*, 56, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102901>

Pavón, I., de la Tejera, N., Del Rio, G., Cano, S., Rodríguez, L. (2024). Telesalud y seguridad de la gestión de la información para los entornos médicos actuales. *Revista Cubana de Informática Médica*, 16(1):e616.

3 Roveri, C. (2022). Inteligencia Artificial para el bienestar y una vida sana en Latinoamérica: Hacia un ecosistema de innovación responsable para la salud digital. *Análisis Carolina*, 21, 1–19. https://doi.org/10.33960/AC_21.2022

S,A. (2024). Ciberseguridad en el sector salud: un compromiso moral, legal y de sostenibilidad. *Hospitalaria*, 144, 4-38.

13 Secretaría de Salud/Observatorio Nacional de inequidades en Salud (ONIS). Primer informe sobre desigualdades en salud en México. Garcia-Saiso S., Gutiérrez JP., Pacheco Estrello P., Franco J., González E., Gutiérrez-Delgado C., Barriga B., Martínez-Valle A., Choperena-Aguilar DG., González-Guzmán R., Laurell AC. Ciudad de México: Secretaría de Salud / Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2019.

Trens, E. (2000). El desarrollo tecnológico y las políticas de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 43(1), 24-27.

25

Vidal, J., Alarcon, I., Panadés, R., Escalé, A., Acezat, J., Saperas, C. (2023). Abordaje de la transformación digital en salud para reducir la brecha digital. Atención Primaria, 55. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102626>

World Economic Forum. The Global Risks Report 2025 20th Edition. Geneva Switzerland

Epílogo

La obra que hemos recorrido a lo largo de estos capítulos nos ha mostrado que la salud contemporánea no puede entenderse únicamente como un conjunto de prácticas clínicas o avances tecnológicos. Se trata de un espacio donde convergen valores, derechos y responsabilidades, y donde la dignidad humana se erige como principio rector. El bioderecho, en este sentido, se presenta como una disciplina indispensable para articular la bioética con el derecho, ofreciendo un marco normativo capaz de enfrentar los dilemas éticos y legales que surgen en la práctica médica y en las políticas públicas de salud.

Cada capítulo ha revelado una faceta distinta de esta tensión. Desde los cuidados paliativos hasta el consentimiento informado accesible, pasando por la responsabilidad social de la empresa biomédica, la seguridad nacional y los riesgos de la inteligencia artificial, el hilo conductor ha sido siempre la necesidad de colocar a la persona en el centro. La dignidad humana no es un concepto abstracto ni un ideal lejano: es la brújula que orienta las decisiones en contextos de vulnerabilidad y la base sobre la cual se construyen los derechos fundamentales.

El recorrido por experiencias internacionales nos ha permitido constatar que México no está solo en estos desafíos. Países como España, Colombia, Argentina o Chile han avanzado en la integración de los cuidados paliativos, en la regulación de la biomedicina y en la protección de la autonomía de los pacientes. Estas comparaciones nos muestran que el bioderecho es también un espacio de diálogo global, donde las soluciones deben adaptarse a las realidades locales sin perder de vista los principios universales. La dignidad humana, como valor compartido, trasciende fronteras y nos recuerda que el sufrimiento evitable es una responsabilidad ética y jurídica de la comunidad internacional.

Sin embargo, la obra también ha puesto de relieve las tensiones propias de nuestro país. La brecha entre norma y práctica, la desigualdad en el acceso a servicios de salud, la falta de infraestructura y la insuficiente formación profesional son obstáculos que impiden que los derechos reconocidos se conviertan en derechos efectivos. El bioderecho, al señalar estas inconsistencias, nos invita a pensar en

mecanismos de exigibilidad que permitan cerrar esa distancia y garantizar que la dignidad no dependa de la buena voluntad de los profesionales, sino que esté protegida por la fuerza de la ley y el compromiso institucional.

El epílogo es, por tanto, una invitación a mirar hacia adelante. El bioderecho no debe limitarse a describir dilemas ni a denunciar carencias; debe convertirse en una herramienta para la transformación. Ello implica fortalecer la formación interdisciplinaria de médicos, juristas y bioeticistas; promover políticas públicas que integren la perspectiva de derechos humanos en la salud; y fomentar una cultura social que valore la dignidad como principio irrenunciable. La salud, entendida como derecho humano, nos recuerda que el bienestar no es un privilegio, sino una obligación colectiva.

La reflexión sobre la seguridad nacional y la dignidad social nos mostró que incluso en escenarios de violencia y criminalidad organizada, el respeto a los derechos fundamentales no puede ser sacrificado. El derecho del enemigo, aunque pretende proteger a la sociedad, corre el riesgo de deshumanizar al individuo y erosionar las bases mismas del Estado de derecho. El bioderecho nos recuerda que la seguridad no puede construirse a costa de la dignidad, y que los límites bioéticos son indispensables para evitar que el poder punitivo del Estado se convierta en una amenaza para los derechos humanos.

De igual manera, el análisis sobre las tecnologías emergentes en salud nos advirtió que la innovación, aunque prometedora, puede convertirse en un riesgo si no está regulada por principios éticos y jurídicos. La inteligencia artificial, el Big Data y la digitalización de los servicios médicos plantean dilemas sobre privacidad, autonomía y responsabilidad profesional. El bioderecho ofrece un marco crítico para asegurar que la tecnología esté al servicio de la persona y no al revés, garantizando que la dignidad humana sea siempre el horizonte de la innovación.

En última instancia, este libro es un llamado al compromiso ético y jurídico. La salud contemporánea nos enfrenta a dilemas complejos que no pueden resolverse únicamente con avances técnicos o reformas legales. Requieren una mirada integral que reconozca la dignidad como principio rector y que articule la bioética

con el derecho para garantizar su respeto. El bioderecho, en este sentido, se convierte en una brújula indispensable para orientar nuestras decisiones hacia un futuro más justo y humano.

Que estas páginas sirvan como punto de partida para un diálogo plural y crítico, donde la dignidad humana sea siempre el centro de nuestras reflexiones y el horizonte de nuestras acciones. El reto es enorme, pero también lo es la responsabilidad compartida. La salud, como derecho humano, nos recuerda que cada vida merece ser vivida con respeto, cuidado y acompañamiento. El bioderecho nos ofrece las herramientas para garantizar que ese compromiso se cumpla. El epílogo, entonces, no es un cierre definitivo, sino una apertura hacia nuevas preguntas y desafíos, hacia la construcción de un sistema de salud que, en México y en el mundo, coloque siempre la dignidad humana en el corazón de sus decisiones.