



Gaceta CONBIOÉTICA

Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética

Volumen 14 - Número 52

Enero - Junio 2025

ISSN: 3061-7960

www.gacetaconbioetica.com

- **Aprendizaje en bioética desde la simulación**
- **Salud mental en población LGBTIQ+: necesidades y desafíos en México**
 - **Beneficios científicos y costos éticos: conceptos básicos del análisis daño-beneficio aplicados en la experimentación animal**
 - **Ética de las virtudes en la formación de una agencia bioética ciudadana como fundamento para la gobernanza**
- **Procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos**



PERMANYER
www.permanyer.com

Convocatoria Abierta

La Comisión Nacional de Bioética convoca a profesionales, investigadores, académicos, docentes y estudiantes, a presentar trabajos para la Gaceta CONBIOÉTICA, la cual se establece como órgano institucional de comunicación científica de la Bioética. Su propósito es contribuir al estudio de la Bioética como campo disciplinar y herramienta de análisis, en el contexto del avance científico y del desarrollo e impacto de las tecnologías emergentes en las esferas de la vida, la salud y el medio ambiente, además de incorporar en la agenda pública el debate social, con un enfoque basado en evidencias, laico, incluyente e interdisciplinario, que promueva el respeto a los derechos humanos.

Es una publicación semestral, open access (abierta, sin coste para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés.

Cuenta con un Comité Editorial y un Comité Científico, integrados por expertos nacionales e internacionales.

La Gaceta considera contribuciones en las siguientes secciones:

I. Artículos y Aportaciones: Trabajos de investigación científica, resúmenes analíticos de los conocimientos más recientes sobre un tema o textos argumentativos que expresen las posturas de los autores, con base en investigación científica. Todos los manuscritos postulados deben ser originales y no haberse publicado previamente en algún medio impreso, digital o electrónico.

Revisión y dictaminación: Los manuscritos para la sección Artículos y Aportaciones, debido a que son de relevancia científica, se someterán a la Evaluación por Pares en Modalidad Doble Ciego.

II. Contribuciones y Perspectivas: Textos narrativos, artículos sobre evolución histórica de la bioética, acontecimientos, personajes y/o autores, reseñas de libros y puntos de vista sobre productos literarios, artísticos, fotográficos y audiovisuales que aborden temas bioéticos o estén relacionados con estos.

Revisión y dictaminación: Los textos para la sección Contribuciones y Perspectivas serán revisados y dictaminados para su publicación por los Editores.

III. Casos y Actualidad: Casos bioéticos, noticias e información de importancia actual sobre bioética, actividades institucionales y opiniones sobre el contenido de la publicación.

Revisión y dictaminación: Los escritos para la sección Casos y Actualidad, serán revisados y dictaminados para su publicación por los Editores.

Preparación y envíos de manuscritos:

La preparación y envío de manuscritos deben llevarse a cabo, con base en las Instrucciones para Autores de la Gaceta CONBIOÉTICA, publicados en el Sitio web oficial:
<https://www.gacetaconbioetica.com>

Los expedientes incompletos no serán evaluados.

En caso de tener dudas o comentarios sobre las instrucciones referidas, favor de escribir a:
gac.conbioetica.mexico@gmail.com

   [gob.mx/salud/conbioetica](https://www.gob.mx/salud/conbioetica)



COMITÉ EDITORIAL Y CIENTÍFICO

EDITOR EN JEFE

Patricio Javier Santillán Doherty

*Comisión Nacional de Bioética,
Ciudad de México, México*

EDITOR ASOCIADO

Raúl Jiménez Piña

*Centro del Conocimiento Bioético, Comisión Nacional de Bioética,
Ciudad de México, México*

COEDITORA

Alma Macedo de la Concha

*Centro del Conocimiento Bioético, Comisión Nacional de Bioética
Ciudad de México, México*

COMITÉ EDITORIAL

Jorge Alberto Álvarez Díaz

*Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco,
Ciudad de México, México*

Areli Cerón Sánchez

*Comités de Bioética, Comisión Nacional de Bioética,
Ciudad de México, México*

Irene Córdova Jiménez

*Programa de Doctorado
en Ciencias de la Salud Pública,
Universidad de Guadalajara,
Guadalajara, Jalisco, México*

Juan Antonio Cruz Parcero

*Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM,
Ciudad de México, México*

Dafna Feinholz Klip

*Departamento de Bioética y Ética de la Ciencia,
UNESCO*

Luis Muñoz Fernández

*Colegio de Bioética,
Asociación de Bioética y Derecho,
Universidad de Barcelona (España),
Federación de Anatomía Patológica de la
República Mexicana,
Ciudad de México, México*

Robert T. Hall

*Programa de Bioético,
Universidad Autónoma de Querétaro,
Querétaro, México*

Arnoldo Kraus

*Facultad de Medicina, UNAM,
Ciudad de México, México*

Virginia Pascual Ramos

*Departamento de Inmunología y Reumatología,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán,
Ciudad de México, México*

Gabriela Pineda Hernández

*Desarrollo Institucional,
Comisión Nacional de Bioética,
Ciudad de México, México*

COMITÉ CIENTÍFICO

Jacqueline Alcázar Morales

*Proyecto de difusión Bioética y Ambiente, AC.,
Ciudad de México, México*

Ricardo Correa Rotter

*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición,
Ciudad de México, México*

Judith González Sánchez

*Departamento de Consulta Externa,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán,
Ciudad de México, México*

José Miguel Hernández Mansilla

*Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés,
Madrid, España*

Manuel López Baroni

*Universidad Pablo de Olavide, Sevilla,
Observatorio de Bioética y Derecho, Universidad de
Barcelona,
Barcelona, España*

César Palacios González

*Centro Uehiro de Ética Práctica,
Facultad de Filosofía,
Oxford, Reino Unido*

María José Pietrini Sánchez

*Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM,
Ciudad de México, México*

Rodrigo Ramos Zúñiga

*Departamento de Neurociencias, CUCS,
Universidad de Guadalajara, Comisión Estatal de
Bioética e Investigación de Jalisco,
Guadalajara, Jalisco, México*

GACETA CONBIOÉTICA, año 14, No. 52, Enero-Junio, es una Publicación semestral editada por la Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud, Calzada Arenal, 134, Col. Arenal Tepepan, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14610, Ciudad de México, México Tel. (55) 5487 2760, <https://www.gacetaconbioetica.com>. Editor responsable: Patricio Javier Santillán Doherty. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-091412565600-109, ISSN: 3061-7960, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Permanyer México S.A. de C.V., Arquímedes, 190 Int. 404, Col. Polanco IV Sección, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11560, Ciudad de México, México, (55) 7159 3537, fecha de última modificación, 31 de junio de 2025.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

<https://publisher.gacetaconbioetica.permanyer.com/login.php>



Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México
Arquímedes, 190-404
Col. Polanco, Alcaldía Miguel Hidalgo
11550 Ciudad de México
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com

Ref.: 11443AMEX251

Reproducciones con fines comerciales

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo, para fines comerciales.

Gaceta CONBIOÉTICA es una publicación *open access* con licencia *Creative Commons* CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las opiniones, hallazgos y conclusiones son las de los autores. Los editores y el editor no son responsables y no serán responsables por los contenidos publicados en la revista.

© 2025 Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer.

Ilustración de portada: Fracción del mural "Breve historia de la neurología" del pintor y muralista mexicano Guillermo Ceniceros, en el que el artista plasma un recorrido histórico sobre el cerebro humano. La obra se ubica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en la Ciudad de México.

La imagen original se encuentra en el libro "Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. 50 Aniversario: 1964-2014" editado por el propio Instituto en 2014, bajo la coordinación de Nicasio Arriada Mendicoa. Esta publicación se encuentra bajo resguardo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud "Rómulo Velasco Ceballos".

Contenido

EDITORIAL	1
<i>Patricio J. Santillán-Doherty</i>	
ARTÍCULOS Y APORTACIONES	
Aprendizaje en bioética desde la simulación	3
<i>María E. de los Ríos-Uriarte, José A. Castilla-Barajas, Arianna Cerón-Apipilhuasco, Begoña Fuertes-Abascal, Nadia Hernández y Rubén Íñigo-Cabrejos</i>	
Salud mental en población LGBTIQ+: necesidades y desafíos en México	8
<i>Sergio Orihuela-García</i>	
Beneficios científicos y costos éticos: conceptos básicos del análisis daño-beneficio aplicados en la experimentación animal	15
<i>Anayántzin P. Heredia-Antúnez</i>	
Ética de las virtudes en la formación de una agencia bioética ciudadana como fundamento para la gobernanza	23
<i>Carolina Consejo-y Chapela</i>	
Procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos	29
<i>Ixchel I. Patiño-González</i>	
CASOS Y ACTUALIDAD	
Aspectos éticos en la comunicación de malas noticias en cuidados paliativos	35
<i>Luz A. Templos-Esteban y Martha E. Vázquez-Navarro</i>	
Desafíos bioéticos frente a la resistencia antimicrobiana y la salud ambiental	39
<i>Cristhian Alvarado-Valencia</i>	
ENCUENTRO BIOÉTICO	
Conversación con el Dr. Erick Valdés Meza	42
CONBIOÉTICA	
CONTRIBUCIONES Y PERSPECTIVAS	
Religión y espiritualidad en medicina	47
<i>Eduardo García-Solís</i>	
Sugerencia de publicaciones de acceso abierto: Inteligencia Artificial	50
CONBIOÉTICA	

Editorial

Patricio J. Santillán-Doherty

Comisionado Nacional de Bioética, Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Como parte de la nueva época de la *Gaceta CONBIOÉTICA*, en esta segunda entrega se refrenda la vocación institucional de estimular el debate y el análisis crítico de la multiplicidad de dilemas contemporáneos que emergen del avance científico y su expresión tecnológica, acerca de la vida, la salud y el entorno, bajo un enfoque basado en evidencias, racionalmente argumentado, multidisciplinario, plural e incluyente, situado en el contexto nacional y atento a los desafíos globales.

En esta oportunidad, los artículos que conforman este número son testimonio de la amplia gama de temas y ópticas de las que abreva la bioética como disciplina viva y en permanente diálogo. Desde el ámbito educativo, el texto, que propone la simulación como una estrategia educativa, ofrece herramientas innovadoras para formar profesionales capaces de deliberar y actuar con responsabilidad ética en escenarios reales. Este enfoque didáctico resalta la importancia de una educación que no se limite al conocimiento teórico, sino que también forme carácter y juicio moral.

Por su parte, la salud mental en población LGBTIQ+ se aborda desde una perspectiva crítica y necesaria, reconociendo los vacíos estructurales en el acceso a servicios de salud mental adecuados y evidenciando la urgencia de políticas públicas que garanticen justicia, inclusión y no discriminación. En paralelo, el artículo sobre experimentación animal ofrece una introducción clara al análisis daño-beneficio, como una herramienta esencial para evaluar éticamente las prácticas científicas que involucran seres sintientes, y que interpela tanto a investigadores como a instituciones.

Otros textos, como el que reflexiona sobre la ética de las virtudes y la agencia bioética ciudadana, abren paso

a una visión de la bioética como motor para la participación democrática y la construcción colectiva de decisiones éticamente fundamentadas. En esa misma línea, la propuesta metodológica de un procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos enriquece el trabajo cotidiano de los comités hospitalarios y académicos, dotándolos de criterios claros para la deliberación responsable.

En la sección Casos y actualidad, se exploran dos realidades que requieren atención ética inmediata: los desafíos de la comunicación de malas noticias en cuidados paliativos, donde la empatía y la honestidad se convierten en herramientas de acompañamiento; y la resistencia antimicrobiana que, más allá del problema clínico del debilitamiento del armamentario terapéutico en contra de enfermedades infecciosas, plantea urgencias bioéticas a la luz de nuestra relación con la salud ambiental (el efecto recíproco de cómo nosotros enfermamos al medioambiente y, a su vez, este nos lo retribuye de la misma manera), reflexión que busca una sostenibilidad en aras de aspirar a dejar un futuro mejor para generaciones venideras.

El Encuentro bioético de este número nos brinda una conversación con el Dr. Erick Valdés Meza, quien reflexiona sobre la bioética como un espacio privilegiado de diálogo en el que convergen campos de conocimiento en apariencia disímbolos que invitan a pensar desde nuestras propias realidades y complejidades problemáticas comunes.

Finalmente, en Contribuciones y perspectivas se abordan dos temas particularmente provocadores: el lugar de la religión y la espiritualidad en la medicina, en un contexto secular pero diverso; y una selección de

Correspondencia:

Patricio J. Santillán-Doherty

E-mail: gac.conbioetica.mexico@gmail.com

Fecha de recepción: 19-05-2024

Fecha de aceptación: 09-06-2025

DOI: 10.24875/GCB.M2500011

Disponible en línea: 07-07-2025

Gac Conbioet. 2025;14(52):1-2

www.gacetaconbioetica.com

reseñas sobre inteligencia artificial, que nos enfrentan a interrogantes clave sobre el futuro de la ética, la autonomía y la relación humano-tecnología.

Con esta edición queremos seguir impulsando el desarrollo y aplicación de la bioética, como una disciplina al servicio de la sociedad, comprometida con

la integridad de las personas y el bienestar común, en un marco en el que respeto, la inclusión y la responsabilidad son principios orientadores de nuestras decisiones individuales y colectivas. Invitamos a la comunidad académica, profesional y social a leer, reflexionar y aportar a esta conversación necesaria y continua.

Aprendizaje en bioética desde la simulación

Learning bioethics through simulation

María E. de los Ríos-Uriarte^{1,2*}, José A. Castilla-Barajas¹, Arianna Cerón-Apipilhuasco^{2,3},
Begoña Fuertes-Abasca^{2,3}, Nadia Hernández^{2,3} y Rubén Íñigo-Cabrejos^{2,3}

¹Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México, Ciudad de México; ²Facultad de Derecho, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro; ³Centro de Simulación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México. México

Resumen

La implementación de simulaciones clínicas es una herramienta educativa esencial para la formación de profesionales de la salud, así como para la enseñanza de la bioética clínica. Se realiza en este artículo una revisión de la historia del uso de la simulación en el aprendizaje de la medicina y su correlación con el desarrollo de otras habilidades, como enfrentar dilemas éticos, en un entorno controlado facilitando el aprendizaje de habilidades cruciales para la toma de decisiones bioéticas. Existen ciertas competencias fundamentales que un consultor en bioética debe dominar, y por ello se propone la simulación como una metodología eficaz para su desarrollo.

Palabras clave: Simulación clínica. Bioética. Competencias. Aprendizaje. Educación.

Abstract

The implementation of clinical simulations is an essential educational tool for the training of health professionals as well as for teaching clinical bioethics. In this article, a review of the history of the use of simulation in learning medicine and its correlation with the development of other skills such as facing ethical dilemmas in a controlled environment is carried out, facilitating the learning of crucial skills for decision-making of bioethical decisions. There are certain fundamental skills that a bioethics consultant must master; therefore, simulation is proposed as an effective methodology for the development of these skills.

Keywords: Clinical simulation. Bioethics. Competencies. Learning. Education.

*Correspondencia:

María E. de los Ríos-Uriarte
E-mail: elizabeth.delosrios@anahac.mx

Fecha de recepción: 04-10-2024
Fecha de aceptación: 13-01-2025
DOI: 10.24875/GCB.24000005

Disponible en línea: 30-04-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):3-7
www.gacetaconbioetica.com

Introducción

En la actualidad, la formación del personal de salud enfrenta grandes desafíos y se vuelve necesario implementar acciones y estrategias orientadas a modernizar el modelo de aprendizaje de la atención médica en todas las instituciones educativas, hacer más eficientes los procesos de enseñanza y proteger la seguridad de los alumnos y de los pacientes en el proceso de enseñanza. Todo lo anterior solo es posible con la implementación de centros de simulación que satisfagan la demanda de formación de personal de nivel pregrado y posgrado de medicina y enfermería.

En las carreras de ciencias de la salud se aprenden las habilidades propias de la competencia profesional mediante una serie de programas formativos que incluyen las principales herramientas conocidas para enseñar y evaluar las competencias clínicas y no clínicas: clases magistrales, seminarios prácticos, simulaciones y prácticas reales con sus niveles de evaluación orales y escritos, pruebas simuladas y herramientas de evaluación relativas a las prácticas clínicas. Sin embargo, la efectividad de estas técnicas se pone en duda cuando los profesionales de la salud refieren haberse sentido incapaces de enfrentar los dilemas bioéticos con los cuales se han encontrado durante su trabajo clínico habitual. De aquí se desprende la necesidad de formar, por un lado, a los profesionales de la salud en la identificación y el abordaje de dichos dilemas, y por el otro, a bioeticistas clínicos capaces de responder e intervenir eficazmente ante cualquier dilema que surja en la práctica clínica y orientar las decisiones médicas hacia el apego a los principios bioéticos.

La práctica de la bioética clínica se refiere al actuar de un bioeticista o un grupo de bioeticistas que ejercen un servicio de consultoría en bioética¹ dentro del ambiente hospitalario, con el propósito de ayudar y facilitar la identificación de dilemas éticos y bioéticos en los casos concurrentes y facilitar la toma de decisiones. Dichos servicios pueden realizarse de manera individual, en pequeños grupos o por parejas, o bien mediante la figura de un comité hospitalario de bioética². De cualquier forma, los profesionales que darán el servicio requieren la formación y la adquisición de conocimientos sólidos sobre esta disciplina, así como también dominar las habilidades que les permitirán intervenir de manera adecuada en los casos clínicos.

La capacitación y el entrenamiento de los consultores en bioética es un campo pedagógico aún muy amplio en el que se han probado diversas metodologías de

aprendizaje³, tales como los casos prácticos y documentados que favorecen el trabajo colaborativo, el aula invertida, la microenseñanza, la observación al lado de un consultor veterano y la simulación mediante pacientes estandarizados. Es esta última la que más propicia la experiencia del alumno, ya que, al igual que se hace con el aprendizaje de técnicas, maniobras y procedimientos quirúrgicos y médicos, permite llevar el error hasta límites que serían inadmisibles con pacientes reales, para aprender de este y modelar las conductas esperadas en situaciones reales⁴.

Por ello, proponemos en este artículo, en primer lugar, retomar el papel que la simulación ha tenido en la enseñanza de la medicina, así como algunas experiencias probadas de su eficacia. En segundo lugar, se mostrarán las habilidades que un consultor en bioética debe tener desarrolladas para poder brindar su servicio adecuado, tomando como fundamento las habilidades y competencias que la American Society for Bioethics and Humanities ha propuesto en su obra *Core Competencies for Healthcare Ethics Consultation* (en adelante, ASBH). En tercer lugar, se argumentará cómo estas habilidades se pueden desarrollar exitosamente mediante la simulación en la modalidad de pacientes estandarizados, y finalmente emitiremos algunas conclusiones sobre las áreas de oportunidad que la simulación ofrece para la continua formación de nuevas generaciones en el campo de la salud y de la bioética.

La simulación en la enseñanza médica

La simulación viene usándose como herramienta de aprendizaje en la enseñanza de la medicina desde fines de los años 1960⁵, logrando el modelaje de los resultados esperados de los estudiantes de medicina en tanto que unifica conocimientos teóricos con habilidades prácticas según el nivel de los alumnos, adaptándose a su ritmo de aprendizaje⁶.

La simulación⁷ comprende la utilización tanto de modelos anatómicos de baja fidelidad como de simuladores de alta fidelidad que pueden ser programados para responder de una manera determinada a los tratamientos y procedimientos que los alumnos van ejecutando en tiempo real, y que permiten observar una serie de acciones esperadas tras el armado del caso clínico y que el estudiante se dé cuenta de sus propias acciones y de lo acertadas o no que estas fueron. También comprende el aprendizaje mediante pacientes estandarizados, en el cual, tras una preparación rigurosa acompañada de un profesional experto que ayuda

y explica la condición médica y los posibles signos y síntomas que se pueden presentar, así como un estudio minucioso del guion planeado, se simula la interacción con el estudiante llevándolo a enfrentar y desarrollar otro tipo de habilidades necesarias en la construcción de una relación médico-paciente o médico-paciente-familia, con el fin de desarrollar un caso lo más apegado a la realidad en el que intervienen factores más allá de la clínica y que representan dilemas en el campo de la bioética⁸.

La enseñanza mediante la simulación permite tener un aprendizaje significativo por medio de la práctica controlada y la comunicación efectiva, en tanto que favorece un entorno seguro para el paciente estandarizado y para el estudiante⁹, ya que este entrena el error antes de que suceda en un escenario real, y como consecuencia su incidencia disminuye.

Dentro de las etapas de la enseñanza mediante simulación, el *debriefing* (reunión de interrogatorio e información) es fundamental. El *debriefing* es un diálogo de dos o más personas para la revisión detallada de un evento real o simulado¹⁰. Se ha convertido en una de las herramientas fundamentales para el logro de estos propósitos, toda vez que implica una reflexión guiada que se realiza posterior a un escenario de simulación, en la que siguiendo una estructura definida se analiza y da sentido a la experiencia vivida. En este modelo, la reflexión guiada es la base necesaria para la enseñanza, y de ahí que sean fundamentales unas constantes capacitación, entrenamiento y evaluación del docente.

Habilidades y competencias para un consultor en bioética

Al ser la bioética una interdisciplina, la formación de bioeticistas presenta un triple desafío. En primer lugar, un aspecto gnoseológico que versa sobre los conocimientos teóricos que un bioeticista debe tener sobre los temas fundamentales de esta interdisciplina. Un segundo aspecto es el práctico, es decir, el plano de la identificación de un dilema bioético y el discernimiento ético del mismo mediante un tercer desafío, que es el proceso de deliberación, en el cual el contacto con el paciente, el médico tratante y la familia es indispensable.

Así, esta formación y entrenamiento requiere no solo la transmisión y el aprendizaje conceptual de nociones bioéticas, sino también procedimientos y espacios propicios para el desarrollo y el entrenamiento de habilidades de análisis, identificación, discernimiento y

deliberación de conflictos éticos derivados de un caso clínico a lo largo de toda su evolución.

La ASBH establece así una clasificación de habilidades que se deben desarrollar para poder ejercer un servicio de consultoría en bioética, independientemente del modelo que se adopte. Esta clasificación separa las habilidades propias para el análisis y el discernimiento ético, las procedimentales que hacen referencia al momento propio de una consulta, y el desarrollo de las habilidades interpersonales, que se son necesarias y que favorecen el buen desarrollo de una consulta, buscando un desenlace favorable que vele por el bien de todos los involucrados. En la [tabla 1](#) se detallan todas estas habilidades.

Las habilidades aquí mostradas, a su vez, se pueden catalogar en dos niveles, básico y avanzado, según el modelo que se decida usar para hacer la consultoría: individual, por equipos o en comités. Así, mientras en un modelo individual algunas de ellas deberán tener un nivel de desarrollo básico, en otros modelos este deberá ser avanzado, y así sucesivamente¹¹.

La simulación como herramienta para el desarrollo de habilidades de un consultor en bioética

Las habilidades mencionadas pueden ser desarrolladas mediante la simulación con pacientes estandarizados, ya que, como se mencionó al principio, este método permite una simulación donde la interacción de las personas ocurre de la manera más parecida a como sería en un escenario real.

Mediante la capacitación profesional de quienes intervendrán en el caso, este irá cobrando realismo a través de las reacciones que reflejarán emociones y sentimientos que involucran al alumno en aspectos no clínicos. Por eso se considera que la simulación permite el aprendizaje y el entrenamiento de estas habilidades¹², ya que para el consultor, aunque interactúa con el paciente, el objetivo no es la cura del paciente, sino facilitar la toma de decisiones frente a posibles dilemas bioéticos donde los valores y preferencias del paciente y de los involucrados se ponen en juego.

Adicional al desarrollo óptimo de estas habilidades, la ASBH recomienda que, de manera transversal al entrenamiento, se consideren ciertas actitudes individuales que, si bien pertenecen al ámbito interno de la persona, a la formación de su carácter, de su personalidad y de su educación, también pueden ser modeladas mediante ejemplos en una simulación, o bien hacer que el caso tenga por objetivo el desarrollo de

Tabla 1. Habilidades para hacer bioética clínica

Análisis y discernimiento ético	Habilidades procedimentales	Habilidades interpersonales
Obtener y descartar información	Establecer expectativas reales de la consulta	Mostrar sensibilidad para con el caso
Entender aspectos contextuales (raza, etnia, lenguaje, clase social, etc.)	Identificar y verbalizar si se trata de una consulta que se pueda resolver de forma individual, grupal o en el comité	Identificar posibles conflictos de interés con y entre las personas involucradas y las políticas institucionales
Distinguir la dimensión ética de la consulta de otras posibles (legales, psicológicas institucionales, etc.)	Identificar a las personas y los agentes que deberán ser considerados en cada caso particular, así como al principal agente para la toma de decisiones	Comunicarse con claridad, respeto, interés, apoyo y empatía con los agentes involucrados
Expresar la pregunta ética	Conocer y usar los procedimientos institucionales para apoyar los cursos de acción	Guardar la imagen personal y la trayectoria profesional
Identificar las preocupaciones éticas de los agentes involucrados	Documentar las consultas de forma clara y completa, guardando el principio de confidencialidad de los pacientes	Reconocer las barreras para una comunicación acertada e implementar soluciones de forma efectiva
Identificar valores y preferencias de los agentes	Identificar problemas o faltas institucionales y canalizarlas por los medios adecuados a las autoridades	Informar y educar en los temas propios de cada caso
Identificar y diferenciar los valores y las preferencias propios de los del paciente	Introducir las sesiones posteriores al primer contacto y establecer los objetivos claros y precisos, así como los tiempos necesarios para la resolución de cada tema y discusión Reorientar las discusiones en caso de ser necesario Establecer prioridades en las conversaciones y estimar la necesidad de sesiones posteriores	Fomentar la participación de todos los involucrados Escuchar atentamente y sin interrupciones

las mismas para que el alumno pueda entender y valorar su importancia en la práctica diaria y poder continuar desarrollándolas a lo largo de su experiencia profesional.

Las habilidades que sugiere la ASBH son las siguientes: tolerancia, paciencia, compasión, honestidad, autoconocimiento, coraje, determinación, prudencia, humildad, liderazgo e integridad¹³.

Conclusiones

La formación de profesionales de la salud con competencias de bioética, así como de bioeticistas clínicos, es aún una agenda pendiente en nuestro país; no obstante, existen ya algunos espacios donde la interacción del aprendizaje mediante simulación y la bioética se ha empezado a explorar.

Para educar y formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud y de bioeticistas es necesario incluir en los planes de estudio asignaturas que se apoyen en la simulación de escenarios clínicos en los que el estudiante pueda intervenir, en un entorno seguro y garantizando una retroalimentación estructurada (*debriefing*) que

le permita ir advirtiendo las habilidades que requiere para el análisis y el discernimiento ético de casos clínicos, y que complemente su formación teórica en nociones fundamentales.

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. ASBH. Core competencies for Healthcare Ethics Consultation. 3rd ed. Chicago: ASBH; 2011. p. 2.
2. ASBH. Core competencies for Healthcare Ethics Consultation. 3rd ed. Chicago: ASBH; 2011. p. 19.
3. Glover JJ, Ozar DT, Thomasma DC. Teaching ethics on rounds: the ethicist as teacher, consultant, and decision-maker. *Theor Med.* 1986;7:13-32.
4. Ruiz-Parra AI, Angel-Müller E, Guevara O. La simulación clínica y el aprendizaje virtual. *Tecnologías complementarias para la educación médica.* *Rev Fac Med.* 2009;57:67-79.
5. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:2-10.
6. Neri-Vela R. El origen del uso de simuladores en medicina. *Rev Fac Med UNAM.* 2017;60:21-7.
7. Aldrich C. *Learning by doing: a comprehensive guide to simulations, computer games, and pedagogy in e-learning and other educational experiences.* San Francisco: Pfeiffer; 2005.
8. Martín Robles MR, Leal Costa C, Muñoz Devesa A, Jiménez Rodríguez D, Rojo Rojo A, Díaz Agea JL. Aprendiendo ética con simulación. Perspectiva de los alumnos sobre el aprendizaje experiencial y reflexivo de la bioética. *Ética de los Cuidados.* 2018;11.
9. Ruda-Rodríguez NL. Simulación clínica en la mediación pedagógica y su relación con la práctica clínica. *Rev Investig Salud Univ Boyacá.* 2014;1:231-43.
10. Cerón-Apiilhualco A, Rodríguez-Cruz L, Mendoza-Carrasco MT, Loria-Castellanos J, Flores-Galicia R, López-Bazán TF. Debriefing en simulación médica. *Rev Educ Investig Emerg.* 2021;3:74-7.
11. ASBH. Core competencies for Healthcare Ethics Consultation. 3rd ed. Chicago: ASBH; 2011. p. 25.
12. Aebersold M, Tschannen D, Bathish M. Innovative simulation strategies in education. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:1-7.
13. ASBH. Core competencies for Healthcare Ethics Consultation. 3rd ed. Chicago: ASBH; 2011. p. 32-3.

Salud mental en población LGBTQ+: necesidades y desafíos en México

Mental health in the LGBTQ+ population: needs and challenges in Mexico

Sergio Orihuela-García

Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento, Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México

Resumen

Este artículo analiza los retos y las necesidades en la atención de la salud mental de la población LGBTQ+ en México, destacando el papel de los determinantes sociales de la salud y el estrés de las minorías en el aumento de la ansiedad, la depresión y la ideación suicida. Se resalta la bioética deliberativa como una herramienta para fomentar procesos de participación en la identificación de necesidades, la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas en salud mental. Finalmente, se subraya la necesidad de enfoques interseccionales, participativos e incluyentes para garantizar una atención equitativa y especializada que fortalezca la resiliencia comunitaria.

Palabras clave: Salud mental. Personas LGBTQ+. Determinantes sociales. Bioética. Disparidades en salud. México.

Abstract

This article analyzes the challenges and needs in mental health care for the LGBTQ+ population in Mexico, highlighting the role of social determinants of health and minority stress in the increase of anxiety, depression, and suicidal ideation. Deliberative bioethics is emphasized as a tool to foster participatory processes for identifying needs, decision-making, and the formulation of public policies in mental health. Finally, it underscores the need for intersectional, participatory, and inclusive approaches to ensure equitable and specialized care that strengthens community resilience.

Keywords: Mental health. LGBTQ+ people. Social determinants. Bioethics. Health disparities. Mexico.

Correspondencia:

Sergio Orihuela-García
E-mail: orihuelasergio92@gmail.com

Fecha de recepción: 19-10-2024
Fecha de aceptación: 28-01-2025
DOI: 10.24875/GCB.24000009

Disponible en línea: 05-05-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):8-14
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2025 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud, reconocida como un derecho humano fundamental por la Organización Mundial de la Salud, constituye un pilar imprescindible para garantizar la dignidad y la calidad de vida de todas las personas^{1,2}. No obstante, en México, las personas LGBTIQ+ enfrentan un complejo entramado de estigmas y barreras estructurales que limitan su acceso a los servicios de salud mental. Este contexto, arraigado en narrativas patologizantes, como la clasificación histórica de la homosexualidad y la transexualidad como trastornos mentales, perpetúa estigmas y genera exclusión^{3,4}. Según una encuesta nacional realizada en 2021 por el COPRED y Yaaj, A.C.⁵, cerca del 80% de la población LGBTIQ+ encuestada reportó actos de discriminación y violencia en los servicios de salud, revelando un desfase significativo entre el reconocimiento del derecho a la salud y su implementación adecuada. Este fenómeno subraya la necesidad de abordar transversalmente los determinantes sociales de la salud, la participación en salud y la bioética⁵⁻⁷. Dichos elementos, al integrarse, pueden promover procesos inclusivos de manera oportuna con la población^{4,7}.

La salud mental ha cobrado especial relevancia, ya que los problemas relacionados con esta dimensión a menudo suelen estar determinados por factores como la discriminación, el estigma y la violencia, aspectos que impactan directamente el bienestar psicológico⁸⁻¹⁰. Estudios recientes reportan un creciente número de casos relacionados con problemas de salud mental durante y después de la pandemia de COVID-19^{4,9,10}. Desde los determinantes sociales de la salud, el modelo de estrés de minorías y la deliberación bioética, este ensayo propone un análisis integral que articula las necesidades de la población LGBTIQ+ con propuestas basadas en la participación en salud y la justicia social.

Determinantes sociales de la salud y barreras estructurales

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen^{10,11}; estos influyen de manera directa en el bienestar físico, mental y social de la población^{4,12}. El género, y en particular la diversidad sexogenérica, se configura como un determinante social de la salud^{7,12}; dicha situación se origina a partir de la construcción simbólica de los roles y estereotipos de género sobre lo femenino y lo masculino, así como de la distribución inequitativa de los cuidados y de otras formas

de trabajo^{13,14}, generando un entorno adverso que impacta negativamente en la salud mental de las personas LGBTIQ+. Este contexto está profundamente arraigado en la cisheteronormatividad, un sistema cultural que asume la heterosexualidad y la identidad cisgénero como estándares, excluyendo o marginando a quienes no se ajustan a estas categorías^{3,15-17}. Además, la patologización histórica de las identidades LGBTIQ+ como trastornos psicológicos, desviaciones o pecado, ha perpetuado estigmas que aún resuenan en los servicios de salud. Este «castigo moral» ha favorecido dinámicas que niegan la legitimidad de sus identidades y obstaculizan estructuralmente no solo el derecho a la salud, pues afectan transversalmente al trabajo, la educación, vivienda y una vida libre de violencia, entre otros derechos humanos vulnerados¹⁸⁻²⁰.

Formando parte de una respuesta social organizada en salud se han creado iniciativas como la Unidad de Salud Integral para Personas Trans en la Ciudad de México, un espacio que brinda atención psicológica especializada para la población trans y no binaria de forma gratuita. Sin embargo, su alcance geográfico es limitado y la falta de replicación de otras entidades evidencia la necesidad de un esfuerzo nacional coordinado para garantizar el acceso a servicios especializados de forma equitativa^{3,21,22}. Del mismo modo, establecer una canalización de atención específica para la población intersexual, lésbica y bisexual se vuelve una exigencia emergente en todas las entidades federativas²³⁻²⁵.

Adicionalmente, el enfoque de la interseccionalidad²⁶ reconoce cómo las múltiples formas de discriminación se entrecruzan y afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos, y ha resultado indispensable en el análisis del acceso a la salud. Por ejemplo, las vivencias de la población sexodiversa de pueblos originarios, afrodescendientes o en situación de calle, que enfrentan una discriminación intensificada debido a la intersección de factores como el racismo, el clasismo o la xenofobia^{25,26}.

El estrés de las minorías y sus implicaciones en la población LGBTIQ+

Por su parte, el modelo de estrés de las minorías desarrollado por Ilan Meyer establece que la discriminación y el estigma estructural generan un estrés crónico que incrementa la vulnerabilidad a los problemas de salud mental²⁷. Estudios recientes en México y otros países han corroborado esta teoría, señalando que las experiencias de rechazo social, violencia institucional y exclusión familiar están directamente relacionadas

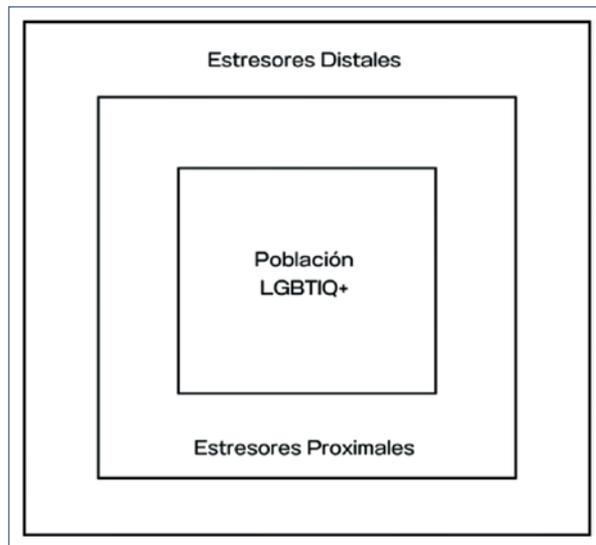


Figura 1. Modelo del estrés de las minorías (*elaboración propia, 2024*).

con tasas elevadas de ansiedad, depresión e ideación suicida en la población LGBTQ+^{3,15,26}. A continuación, se identifican dos tipos principales de estresores^{27,28}:

- Estresores distales o externos: incluyen manifestaciones de violencia directa y sistemática, como la discriminación, el acoso y el rechazo familiar, de pares, comunitario o institucional. Estas situaciones afectan de manera adversa la salud mental y restringen el acceso a recursos esenciales como educación, empleo y servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, las experiencias de violencia de las personas LGBTQ+ afrodescendientes en situación de movilidad o sin hogar, entre otras.
- Proximales o internos: se relacionan con la interiorización de creencias y actitudes con respecto a la orientación sexual, la identidad o la expresión de género. Este mecanismo psicológico puede generar sentimiento de culpa, vergüenza, baja autoestima y conflictos relacionados con la corporalidad y la identidad misma. No solo favorece el incremento de los problemas de salud mental, sino que perpetúa el aislamiento y limita la creación de redes de apoyo (Fig. 1).

Los estudios recientes realizados en México han revelado que la población LGBTQ+ presenta una mayor prevalencia de problemas de salud mental en comparación con la población heterosexual y cisgénero^{3,4,7,26}. Este contexto deja entrever no solo el impacto diferenciado con poblaciones que no pertenecen a la diversidad sexogenérica, sino también los niveles de influencia en los que puede provenir la violencia o los actos de discriminación.

De acuerdo con el Diagnóstico Situacional de Salud de Personas LGBTQ+ 2023 de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), hay una mayor prevalencia de ideación suicida principalmente en hombres trans (80%), *queer/cuir* (71%) e identidades de género no normativas (77%), coincidiendo con estudios previos en que los principales eventos desencadenantes son la familia, la pareja y la escuela^{7,10,26,27}. En el caso de las mujeres lesbianas, se describe un problema similar en cuanto a la ideación y el intento suicida, incluyendo la necesidad de visibilizar las especificidades de esta población, como la interacción de discriminación y el consumo de sustancias psicoactivas²⁸. En este mismo sentido, otras investigaciones reportan que la población intersexual experimenta tasas altas de ideación e intención suicida²⁹. Mientras tanto, en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres se han encontrado similitudes, analizando otras variables como la masculinidad hegemónica como un aspecto que contribuye a los problemas de salud mental de esta población^{26,29-32}. En un estudio realizado en 2023 por The Trevor Project México³³ se reportó que más del 50% de las juventudes LGBTQ+ encuestadas habían considerado el suicidio. Estas evidencias revelan la importancia de diseñar estrategias que combinen enfoques afirmativos, inclusivos y culturalmente sensibles en los servicios de salud mental. La adaptación de los modelos de atención debe considerar sus especificidades, promoviendo la participación activa en la formulación y la implementación de políticas públicas.

Al respecto, México cuenta con el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino de Sahagún con clínicas especializadas, pero su alcance puede verse limitado debido a su ubicación geográfica y los retos emergentes, como la saturación de los servicios de atención y los tiempos de espera. En la actualidad existen servicios amigables que van desde la atención telefónica hasta la orientación por mensajería:

- Línea Diversidad Sexual de Locatel: servicio que ofrece asesoría jurídica y psicológica a personas con diversidad sexual y de género³⁴.
- Línea de la Vida: asesoría especializada sobre intervención en crisis, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas³⁵.

Por otra parte, hay algunos esfuerzos de iniciativas en salud mental realizadas por organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil especializadas de ámbito nacional:

- The Trevor Project México: realiza estrategias sobre prevención del suicidio e intervención en crisis para

juventudes LGBTIQ+ mediante servicios gratuitos a través de mensajería y chat³³.

- Cuenta Conmigo. Diversidad Sexual Incluyente, A.C.: es una organización de la sociedad civil que cuenta con servicios de acompañamiento psicosocial a personas con diversidad sexual y sus familiares³⁶.
- Asociación por las Infancias Transgénero: implementa un modelo de acompañamiento integral a niñeces y adolescencias trans en México³⁷.
- Fuera del Clóset (Estado de México): construye espacios de incidencia política y comunitaria con población de la diversidad sexual que habitan en el Estado de México³⁸.

Estos proyectos se han focalizado en la atención integral de subgrupos específicos de la diversidad sexual, mismos que han logrado una vinculación con el sector gubernamental y empresarial para su sostenibilidad. Debido a los efectos colaterales de la pandemia de COVID-19 y la exacerbación de los problemas de salud mental, también se crearon refugios especializados, como Casa LLECA³⁹. Esta iniciativa no solo se destaca por brindar atención integral a personas LGBTIQ+ en situación de calle o en riesgo, sino también por su modelo de participación comunitaria, en el que las personas usuarias no solo son beneficiarias de los servicios que les ofrecen, sino que toman un rol activo en la identificación de problemas, en el codiseño de soluciones y en la construcción de herramientas entre pares para su bienestar emocional.

Los ejemplos anteriormente mencionados contribuyen a la reflexión sobre la importancia de la participación en los procesos de salud de la población sexodiversa, ya que podrían involucrarse directamente en la toma de decisiones con respecto al cuidado de la salud mental de forma individual y colectiva. Si se implementan mecanismos de participación colaborativa y transparente, es muy probable que se fortalezcan los procesos de atención en salud mental a través de la aplicación de prácticas inclusivas y éticas^{40,41}. Para lograr su efectividad, es necesario incorporar disciplinas que faciliten espacios comunitarios y democráticos, como la bioética, que será analizada en el siguiente apartado.

La deliberación como herramienta bioética en la participación en salud mental

La bioética social, al analizar las desigualdades estructurales en el acceso a la salud, se posiciona como una disciplina crítica para abordar los problemas que enfrenta la población LGBTIQ+ en México. Más allá

de analizar los principios clásicos de autonomía, justicia y no maleficencia en las prácticas de salud, este enfoque promueve la deliberación como un proceso central para garantizar la inclusión y la equidad en las políticas públicas de salud, además de que su intención principal es promover un diálogo colectivo que integre las perspectivas y las necesidades de actores involucrados y asegure que el ejercicio no se limite al intercambio de ideas, interés y valores, sino que participen de manera activa en la construcción conjunta de soluciones sostenibles, como una instancia que fortalezca la legitimidad de las decisiones adoptadas al basarse en un consenso informado⁴². En México, este enfoque puede ser relevante ya que se ha demostrado históricamente que las barreras de exclusión han marginado a la población LGBTIQ+ de los espacios de la toma de decisiones, como en el caso de las mujeres trans adultas mayores que experimentaron la persecución policiaca durante la década de 1970⁴³. En el contexto ya mencionado en este escrito, la participación resulta un mecanismo importante que va desde la elaboración de políticas en salud efectivas hasta un ejercicio de democratización y la construcción de ciudadanía⁴¹.

Por su parte, la bioética pública⁴³ propone que la deliberación es fundamental para superar la instrumentalización de la participación. Este enfoque reconoce que las comunidades no deben ser meros objetos de consulta, sino cocreadores de las políticas que afectan sus vidas. Al vincular los valores éticos con las realidades sociales, la bioética pública^{44,45} promueve un proceso deliberativo que redistribuye el poder y facilita la inclusión de diversas perspectivas. Esta herramienta resulta indispensable para abordar las desigualdades interseccionales que enfrentan, para que las políticas públicas en salud sean, además de técnicamente viables, socialmente justas^{46,47}.

Un ejemplo claro de la aplicación de la deliberación como herramienta bioética es el trabajo realizado por LLECA – Escuchando la Calle. A través de sus asambleas comunitarias, este proyecto ha generado un espacio donde las personas usuarias identifican problemas, formulan propuestas y participan activamente en la implementación de soluciones, incluyendo situaciones que están relacionadas con la salud mental; por ejemplo, la elaboración de acuerdos para la convivencia, el acompañamiento entre pares, el sentido de pertenencia y los cuidados colectivos en espacios que comparten dentro del refugio. Actualmente, las personas usuarias gestionan un comedor comunitario y la toma de decisiones se define en cuanto a roles, capacidades

y limitaciones en salud que van presentándose. De acuerdo con lo anterior, se visualizan mejoras concretas en el bienestar emocional y los servicios de atención integral, al incluir la perspectiva vivencial y protagónica de las personas LGBTIQ+ en situación de calle. Por ejemplo, las personas usuarias han asistido a reuniones institucionales para solicitar mejoras en la calidad de la atención en los servicios de salud mental o la vivienda. Finalmente, la participación de LLECA y otras organizaciones lideradas por población trans en las mesas de trabajo para la formulación de la Ley Integral Trans muestra cómo la deliberación puede incidir directamente en la construcción de políticas públicas que reflejen las necesidades específicas de salud mental, como los efectos colaterales de la violencia hacia la población trans.

Para consolidar el impacto de la deliberación de las políticas públicas en salud mental es indispensable superar las dinámicas de instrumentalización y formalización de estos procesos como parte integral del diseño de las políticas. Eso implica capacitar a funcionarios y actores en bioética deliberativa, garantizar los recursos adecuados y establecer los mecanismos de monitoreo que evalúen la efectividad de las políticas resultantes. Además, se requiere fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas^{44,45}. También es importante identificar los retos que se presentan en estos proyectos, tales como la sostenibilidad, el financiamiento o la falta de continuidad, entre otros aspectos.

Conclusiones

La salud mental de la población LGBTIQ+ en México es un tema que demanda un análisis profundo, transversal y transdisciplinario. Se ha expuesto cómo los determinantes sociales de la salud, el estrés de las minorías, la bioética deliberativa y las experiencias comunitarias confluyen para construir una alternativa que permita no solo identificar los problemas existentes, sino también plantear soluciones claras y adaptadas.

En el ámbito de los determinantes sociales de la salud, se ha identificado que la cisheternormatividad y las narrativas patologizantes son pilares de las desigualdades que enfrentan las personas de la diversidad sexual. Reconocer estas dinámicas implica tanto un acto de visibilización como una oportunidad para transformar o fortalecer las políticas públicas ya existentes, desde una perspectiva interseccional, que prioricen a los sectores más vulnerabilizados. Integrar al sector educativo y laboral, y el acceso universal a servicios

especializados, podrá potenciar el quiebre de las dinámicas históricas de exclusión.

El modelo de estrés de las minorías (o de grupos minoritarios) ha demostrado ser una herramienta indispensable para comprender el impacto del entorno social en la salud mental de esta población. Las estadísticas alarmantes sobre ideación suicida y otros problemas de salud mental no pueden ser abordadas únicamente desde un enfoque clínico e individualizado, sino que se requieren estrategias en la promoción de redes de apoyo y espacios seguros, la evaluación y la formación permanente del personal a las realidades de la población, y una reestructuración y retroalimentación de los programas de acción específicos ya establecidos en el Gobierno de México, que devengan desde una perspectiva no prohibicionista o punitiva, como en el abordaje para la atención del consumo de sustancias psicoactivas o la prevención del suicidio.

Las experiencias de participación en salud demuestran que las comunidades pueden ser agentes de cambio y fortalecer los canales de colaboración con otros sectores de la población; lo anterior favorecería la consolidación de una respuesta social organizada en salud en el ámbito nacional. Estos procesos refuerzan la importancia de democratizar las políticas públicas, otorgando un rol central a las personas en la toma de decisiones y alejándose de las dinámicas asistenciales y burocráticas. En ese sentido, la bioética deliberativa añade una dimensión ética imprescindible al debate. Dicha herramienta no solo propone la redistribución del poder mediante la participación activa de las comunidades, sino que también exige una reflexión sobre cómo se diseñan los procesos de políticas públicas en salud mental.

En última instancia, transformar el panorama de la salud mental en esta población ofrece una oportunidad histórica para redefinir y fortalecer el sistema de salud bajo los principios de equidad, justicia y participación. Auxiliarse de las estrategias ya establecidas, como los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones, así como de las campañas de prevención del suicidio desarrolladas por la *Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA)*, contribuirá al fortalecimiento del tejido social y a la construcción de una sociedad más justa e inclusiva. No hay salud mental sin justicia social.

Financiamiento

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Derechos Humanos. 2023 (Consultado el 18-03-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas, Alto Comisionado para los Derechos Humanos. El derecho a la salud. Folleto informativo N.º 31. (Consultado el 09-09-2024.) Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.
- Estay GF, Valenzuela VA, Cartes VR. Atención en salud de personas LGBT+: perspectivas desde la comunidad local penquista. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2020;85:351-60.
- Ramírez-García T, Montes de Oca V, Mendoza-Pérez JC. Las personas LGBT+ durante la pandemia de Covid-19 en México. *Rev Mex Sociol.* 2022;84:197-219.
- COPRED/Yaaj, A.C. Informe: Impacto diferenciado ante la COVID-19 en la comunidad LGBTIQ+ en México. Ciudad de México; 2021.
- Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2004;30:0.
- De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J Negat No Posit Results.* 2020;5:40-53.
- UNFPA. Salud y diversidad sexual. Una guía para profesionales de salud. 2015. (Consultado el 02-09-2024.) Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/salud-y-diversidad-sexual-una-gu%C3%ADa-para-profesionales>.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 17 de junio de 2022. (Consultado el 10-03-2014.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Salud Mental. Transformar la salud mental para todos. (Consultado el 04-09-2024.) Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf.
- Mendoza-Pérez JC, Vega-Cauch JI, López-Barrientos HA. Salud mental entre las poblaciones LGBT+ de México durante la pandemia de COVID-19. *Psyche.* 2024;33(2).
- Urbina-Fuentes M, González-Block MA. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Primera edición. 2012. (Consultado el 04-04-2024.) Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf.
- Vargas PE. Determinantes sociales de la salud de las personas LGBT. *Lecturas de bioética. Pediatr Panama.* 2017;46:145-7.
- Mies C. El género como determinante social de la salud y su impacto en el desarrollo sostenible. *Universitas.* 2023;41(Extraordinario):33-47.
- Organización Mundial de la Salud. Género y salud. Nota descriptiva. 23 de agosto de 2018. (Consultado el 04-10-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- Ortiz-Hernández L, García-Torres MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad Saude Publica.* 2005;21:913-25.
- Gastelo-Flores C. Adentro y afuera: investigación sexo-diversa, escrita desde los afectos y el privilegio de la cis-heteronormatividad. *Caleidoscopio.* 2023;26(48).
- Martínez N, Lecaros I, Mosquera P. ¿Qué es la transversalización del género y diversidad? 2024. (Consultado el 05-09-2024.) Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/>.
- Fernández Rodríguez MC, Vázquez Calle F. En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Rev Griot.* 2013;6:44-65.
- UNODC, COPRED, UNAM, YAAJ. Nada que curar. Guía de referencia para profesionales de la salud mental en el combate a los ECOSIG. (Consultado el 04-08-2024.) Disponible en: <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/guia-nada-que-curar.pdf>.
- OHCHR. Inclusión efectiva de las personas LGBT. Experto independiente sobre la orientación sexual e identidad de género. (Consultado el 04-06-2024.) Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/ie-sexual-orientation-and-gender-identity/effective-inclusion-lgbt-persons>.
- INSP. Personas trans y las barreras en el acceso a los servicios de salud. 2023. (Consultado el 21-08-2024.) Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/personas-trans-y-las-barreras-en-el-acceso-a-servicios-de-salud>.
- Hernández-Valles J, Arredondo-López A. Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual. *Horiz Sanit.* 2020;19:19-25.
- Mena M. Día internacional de la memoria transexual. Los países con más asesinatos de personas trans. *STATISTA.* 16 Nov 2023. (Consultado el 04-04-2024.) Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23552/personas-trans-y-genero-diversas-asesinadas-y-paises-con-mas-victimas/>.
- INEGI. Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG). (Consultado el 24-08-2024.) Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endiseg/Resul_Endiseg21.pdf.
- Gobierno de México. Exhorta Gobernación a visibilizar intersexualidad desde el respeto de los derechos humanos. 26 de octubre de 2021. (Consultado el 24-08-2024.) Disponible en: <https://www.gob.mx/segob/prensa/exhorta-gobernacion-a-visibilizar-intersexualidad-desde-el-respeto-de-los-derechos-humanos>.
- Mendoza-Pérez JC, López-Barrientos HA, Lozano-Verduzco I, Craig SL. Diagnóstico situacional de personas LGBTIQ+ de México 2023. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2024. (Consultado el 14-10-2024.) Disponible en: https://www.derechoshumanosgo.org.mx/images/diversidad_sexual_genero/InformedelDiagnostico-SituacionaldePersonasLGBTQdeMexico2023.pdf.
- Rodríguez-Bolaños R, Arillo-Santillán E, Guzmán-Rodríguez C, Barrientos-Gutiérrez I, Gallegos-Carrillo K, Titus A, et al. Similarities and differences in substance use patterns among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual Mexican adult smokers. *LGBT Health.* 2021;8:351-9.
- Muñoz E, Saavedra MS. Las vidas de las personas intersexuales: disparidades económicas y de salud en México. Banco Interamericano de Desarrollo. Junio de 2024. (Consultado el 10-09-2024.) Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Las-vidas-de-las-personas-intersexuales-disparidades-socioeconomicas-y-de-salud-en-Mexico.pdf>.
- Barrientos Delgado J, Espinoza-Tapia R, Meza Opazo P, Saiz JL, Cárdenas Castro M, Guzmán-González M, et al. Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el modelo de estrés de las minorías: una aproximación cualitativa. *Rev Terapia Psicol.* 2019;37:181-97.
- Rodríguez E. Comunidad LGBTIQ+ y salud mental. *Rev Inst Jalisciense Salud Mental.* 2023;(21).
- Lozano-Verduzco I, Rocha-Sánchez TE. La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Rev Puertorriqueña Psicología.* 2011;22:101-21.
- The Trevor Project México. (Consultado el 14-11-2024.) Disponible en: <https://www.thetrevorproject.mx>.
- Línea Diversidad Sexual. Locatel. (Consultado el 14-12-2024.) Disponible en: <https://cms311.cdmx.gob.mx/linea-diversidad-sexual/>.
- La Línea de la Vida. (Consultado el 14-12-2024.) Disponible en: <https://www.gob.mx/tramites/ficha/centro-de-atencion-ciudadana-la-linea-de-la-vida/CONADIC3414>.
- Cuenta Conmigo, Diversidad Sexual Incluyente A.C. Servicios de apoyo y orientación. (Consultado el 12-01-2025.) Disponible en: <https://cuentaconmigo.org.mx/servicios>.
- Asociación por las Infancias Transgénero. (Consultado el 15-12-2024.) Disponible en: <https://infanciastrans.org>.

38. Fuera del Clóset A.C. (Consultado el 12-01-2025.) Disponible en: <https://fueraadelclosetac.com>.
39. Orihuela-García S. Espacios seguros LGBT+. Google Earth. (Consultado el 24-12-2024.) Disponible en: https://earth.google.com/earth/d/12Z_Tvx-SAGLIay1o4MOLI54c9V674_3vQ?usp=sharing.
40. Menéndez E. Las múltiples trayectorias de la participación social. En: Menéndez E, Spinelli H, coordinadores. *Participación social, ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 51-80.
41. Canto-Chac M. Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. *Política y Cultura*. 2008;30:9-37.
42. Gracia D. Democracia y bioética. *Acta Bioethica*. 2001;7:343-54.
43. Flores S. POY LATAM 2023: Abuelas trans del movimiento LGTBTTIQ+. (Consultado el 10-01-2025.) Disponible en: <https://poylatam.org>.
44. Kottow M. Bioética pública: una propuesta. *Revista Bioética*. 2011;19:61-76.
45. León-Correa F. Principios para una bioética social. *Bioethikos*. 2009;3:18-25.
46. Díaz Rodríguez J. Bioética social: una solución al menoscabo de los valores éticos en la sociedad actual. *Rev Logos Cienc Technol*. 2016;7:25-32.
47. Ríos L. Qué es la interseccionalidad y por qué te interesa saberlo. ¿Hablamos de igualdad? (Consultado el 24-09-2024.) Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/que-es-interseccionalidad/>.

Beneficios científicos y costos éticos: conceptos básicos del análisis daño-beneficio aplicados en la experimentación animal

Scientific benefits and ethical costs: basic concepts of harm-benefit analysis as applied to animal experimentation

Anayántzin P. Heredia-Antúnez

Bioterio General, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México; Departamento de Etología, Fauna Silvestre y Animales de Laboratorio, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, México

Resumen

Actualmente, la investigación con animales está controlada bajo estrictas políticas regulatorias internacionales, y es un mandato que cualquier proyecto de investigación sea revisado y dictaminado por un comité de ética previamente a su desarrollo. Desde el punto de vista ético es necesario que las propuestas de investigación cumplan de manera general con dos condiciones: en primer lugar, que el uso sirva a un propósito socialmente justificable o aceptable, y en segundo lugar, que se hayan hecho todos los esfuerzos posibles para cumplir con las tres R propuestas en 1959 (reemplazo, reducción y refinamiento). En este sentido, el análisis daño-beneficio busca asegurar que los estudios con animales se realicen solo cuando sean estrictamente necesarios y justificados, en concordancia con lineamientos éticos actuales, normativos y con un balance adecuado entre el progreso científico y el bienestar animal. El objetivo de este trabajo es hacer una descripción de este concepto que apoye a los miembros de los comités para cuidado y uso de animales de laboratorio como una herramienta de evaluación para garantizar que el uso de animales en investigación se justifique tanto éticamente como científicamente, promoviendo el bienestar animal.

Palabras clave: Experimentación animal. Análisis daño-beneficio. Ética animal.

Abstract

Currently, animal research is controlled under strict regulatory policies, and it is a mandate that any research project be reviewed and approved by an ethics committee prior to its development. From an ethical point of view, it is necessary that research proposals generally comply with two conditions: firstly, that the use serves a socially justifiable or acceptable purpose, and secondly, that every effort has been made to comply with the three R proposed in 1959 (replacement, reduction and refinement). In this sense, the harm-benefit analysis seeks to ensure that animal studies are performed only when strictly necessary and justified, in accordance with current ethical and regulatory guidelines and with an adequate balance between scientific progress and animal welfare. The objective of this work is to describe this concept to support the members of committees for the care and use of laboratory animals as an evaluation tool to guarantee that the use of animals in research is ethically and scientifically justified, promoting animal welfare.

Keywords: Animal experimentation. Harm-benefit analysis. Animal ethics.

Correspondencia:

Anayántzin P. Heredia-Antúnez
E-mail: paulina_852@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-11-2024
Fecha de aceptación: 02-05-2025
DOI: 10.24875/GCB.24000014

Disponible en línea: 28-05-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):15-22
www.gacetaconbioetica.com

Introducción

Históricamente, la investigación experimental con animales no humanos ha sido objeto de una profunda controversia ética. Mientras que algunas personas se oponen firmemente al uso de cualquier animal no humano en la investigación, en gran medida debido al desarrollo cada vez más creciente de métodos alternativos¹, otras siguen apoyando la investigación con animales para mejorar la salud de los humanos y contribuir a la medicina veterinaria y a las ciencias ambientales². Incluso quienes realizan investigaciones con animales no humanos, a veces tienen dudas éticas sobre sus procedimientos experimentales y el valor científico de ciertos tipos de investigación³.

Por esta razón, en muchos países, la investigación con animales está reglamentada bajo estrictas políticas regulatorias y cualquier proyecto de investigación requiere previamente una evaluación ética para poder ser llevado a cabo⁴. En este sentido, se han venido estableciendo algunas condiciones que deben cumplirse antes de permitir el uso de animales no humanos para la investigación o la docencia⁵. En primer lugar, que el uso sirva a un propósito socialmente justificable o aceptable, y en segundo lugar, que se hayan hecho todos los esfuerzos posibles para cumplir con las 3 R propuestas por William Russell y Rex Burch⁶ en 1959^{1a}. No obstante, recientemente ha habido una tendencia a incluir el análisis de daños y beneficios (HBA, *harm-benefit analysis*) como requisito adicional para evaluar los experimentos⁷. De acuerdo con este, un experimento solo debe permitirse si, al evaluarlo, existe un balance positivo al sopesar el daño esperado frente a los beneficios esperados⁸. El objetivo de este trabajo es hacer una descripción de este concepto que apoye a los miembros de los comités para cuidado y uso de animales de laboratorio (CICUAL) como una herramienta de evaluación para garantizar que el uso de animales en investigación se justifique éticamente y científicamente, promoviendo el bienestar animal.

^{1a}Las 3 R propuestas por Russell y Burch (1959) se refieren a:

- Reemplazo: acelerar el desarrollo y el uso de herramientas pertinentes que puedan sustituir el uso de animales, basadas en las últimas tecnologías disponibles.
- Reducción: utilizar el mínimo número de animales en experimentos adecuadamente diseñados, que sean sólidos y reproducibles.
- Refinamiento: emplear nuevas tecnologías que puedan beneficiar al bienestar animal y a la ciencia, incluidos métodos para minimizar el dolor y la angustia, así como para mejorar el cuidado, el alojamiento, la manipulación y el uso de los animales.

Marco regulatorio de la implementación del análisis de daño-beneficio en la experimentación animal

La necesidad de realizar algún tipo de HBA se reconoció cuando se crearon los primeros comités de ética animal en virtud de la legislación sueca en 1979, y este pasó a formar parte del régimen de evaluación integrado por la Ley de Animales (Procedimientos Científicos) de 1986 en el Reino Unido. En la actualidad, el concepto de HBA está más o menos arraigado como práctica común y como requisito explícito en una serie de documentos normativos en todo el mundo. La Directiva 2010/63 de la Unión Europea, relativa a la protección de los animales utilizados con fines científicos, afirma que «es esencial, tanto por razones morales como científicas, garantizar que cada uso de un animal se evalúe cuidadosamente en cuanto a su validez científica o educativa, su utilidad y la pertinencia del resultado esperado de dicho uso. El daño probable al animal debe sopesarse con los beneficios esperados del proyecto»⁸. Los lineamientos del Canadian Council of Animal Care (CCAC)^{2b} sobre la revisión de protocolos de uso de animales establecen de manera equivalente que «la aprobación de un protocolo no garantiza que se obtendrá un beneficio, pero sí significa que se impondrá un costo a los animales. Por lo tanto, el comité para cuidado y uso de animales de laboratorio debe estar convencido de la necesidad del uso de animales y de que el beneficio esperado superará el costo»⁹. Por otro lado, AAALAC International^{3c} exige a los CICUAL que «se valoren los posibles efectos adversos del estudio frente a los posibles beneficios que probablemente se obtengan como resultado de la investigación».

Otros documentos que hacen referencia a esto son los *Principios rectores internacionales para la investigación biomédica con animales* del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y

^{2b}Desde 1968, el CCAC proporciona la única supervisión nacional de las actividades científicas con animales en Canadá a través de un riguroso proceso de evaluación y certificación, y el desarrollo de normas que garantizan que los animales en la ciencia se utilicen solo cuando sea necesario, y que, cuando lo es, reciben un cuidado óptimo de acuerdo con normas de alta calidad, basadas en la evidencia.

^{3c}AAALAC International es una organización privada sin fines de lucro que promueve el trato humanitario de los animales en la ciencia a través de programas de acreditación voluntaria. Estos programas están encaminados a una mejora operativa, administrativa y de bienestar dentro de los bioterios, con el fin de mejorar el bienestar y aumentar la calidad de la ciencia en el ámbito internacional.

el Consejo Internacional para la Ciencia de los Animales de Laboratorio (CIOMS-ICLAS)¹⁰ y la *Guide for the care and use of laboratory animals* del National Research Council, en los Estados Unidos de América¹¹. El capítulo 7.8 del *Código Sanitario para los Animales Terrestres*, de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), destaca la importancia del HBA y prevé su inclusión en los lineamientos nacionales de los países miembros mediante acuerdos, aunque no existe ningún mandato legal que les obligue a hacerlo en este momento^{12,4d}.

México se regula básicamente por la NOM-062-ZOO-1999 «Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio», y a pesar de que se hace referencia a las atribuciones del CICUAL^{5e} como el mecanismo institucional encargado de evaluar y aprobar los protocolos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación, pruebas y enseñanza, que impliquen el uso de animales, solo se mencionan requisitos técnicos para la aprobación de protocolos, dejando a un lado una evaluación real del beneficio de la propuesta de investigación en su Apéndice B Normativo^{13,6f}. En este sentido, es importante anteponer la necesidad o el beneficio real del uso de animales. De acuerdo con Knight (2011), el principio ético fundamental que debe sustentar la regulación actual en torno a la experimentación con animales es que los posibles beneficios de dicha

investigación superen los costos esperados, ya que, al presentar un protocolo de investigación, los investigadores indican los objetivos, los beneficios y las justificaciones científicas de su estudio¹⁴, y de forma adicional brindan información sobre las medidas tomadas para abordar las preocupaciones sobre el bienestar animal, abordando puntos como las condiciones de alojamiento de los animales y el uso de anestesia y analgesia para los procedimientos experimentales, así como información sobre la formación y la experiencia de los investigadores que trabajan en el proyecto, incluidas sus habilidades en el uso de animales y en el reconocimiento de signos de comportamiento que podrían indicar dolor intenso que conduce a la correcta aplicación de puntos finales humanitarios^{7,15}.

Definición del análisis de daño-beneficio en la experimentación animal

El HBA se basa en una propuesta ética que espera que cada investigación que implique el uso de animales se planifique y ejecute de forma que se minimicen los daños y se maximicen los beneficios¹⁶. Fue conceptualizado por primera vez en 1986 por el biólogo británico Patrick Bateson¹⁷ y luego perfeccionado por Pound y Nicol¹⁸ en 2018, que lo describieron como «la piedra angular de la regulación de la investigación con animales» y «salvaguarda ética clave»^{18,19}. Constan de tres dimensiones que evalúan el bienestar del sujeto individual, los valores de la sociedad y los valores de la comunidad científica, por lo que ofrece un modo de equilibrar las consideraciones científicas, sociales y éticas²⁰ (Fig. 1).

En años recientes (2016), la Federation of European Laboratory Animal Science Associations (FELASA)^{7g} y la American Association for Laboratory Animal Science (AALAS)^{8h} constituyeron un grupo de trabajo en el que definieron estos conceptos para promover un entendimiento común de los principios y los enfoques del HBA como un elemento importante en la evaluación ética

^{4d}Capítulo 7.8. Utilización de animales en la investigación y educación. Disponible en: [https://www.woah.org/fileadmin/](https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/Health_standards/tahc/2011/es_chapitre_1.7.8.htm)Home/esp/Health_standards/tahc/2011/es_chapitre_1.7.8.htm.

^{5e}El apartado 4.2.2 menciona sobre la inclusión de los miembros de los comités para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

^{6f}Apéndice B (Normativo), NOM-062-ZOO-1999.

Requisitos mínimos que debe contener la propuesta de uso de los animales de laboratorio:

- I. Título.
- II. Descripción general.
- III. Nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico del responsable y del suplente designado.
- IV. Adscripción.
- V. Presentar la justificación de la elección de la especie, raza, línea o cepa de animales de laboratorio, así como del número de animales a utilizar.
- VI. Indicar el destino de los animales una vez concluido el trabajo motivo de la propuesta.
- VII. Indicar si los animales u órganos pueden tener uso para otra propuesta.
- VIII. Indicar el método de eutanasia a emplear.
- IX. Indicar, en su caso, el empleo de agentes patógenos o zoonóticos, sustancias radiactivas, cancerígenas u otras potencialmente dañinas.

^{7g}FELASA representa intereses comunes en la promoción de todos los aspectos de la ciencia de los animales de laboratorio en Europa y fuera de ella. Aboga por una conducta científica responsable con los animales en las ciencias de la vida, haciendo hincapié en garantizar su bienestar.

^{8h}AALAS es una asociación de profesionales empleados en el mundo académico, el gobierno y la industria privada que se dedican al cuidado y el tratamiento humanitario de los animales de laboratorio, así como a la investigación de calidad que conduce a avances científicos que benefician a las personas y los animales.



Figura 1. Propuestas de evaluación ética según Bateson (1986). Si la investigación se considera de alta calidad, con una alta probabilidad de beneficio y con poco sufrimiento animal, se permitiría que se llevara a cabo. Sin embargo, si la investigación es de baja calidad, con pocas probabilidades de éxito y probablemente conlleve sufrimiento animal, no se aprobaría, pues se trata de algo éticamente inaceptable.

del uso de animales en los Estados Unidos de América y Europa. Los daños hacen referencia a los efectos adversos que experimentarán los animales utilizados durante el curso de un estudio²¹. Es importante reconocer que la descripción de los daños no debe ser simplemente un relato de lo que sucederá a los animales, sino de lo que esto significará realmente para los animales en la práctica. Por ejemplo, en un estudio en el que las ratas estarán alojadas individualmente, el impacto para los animales no es el «alojamiento individual», es decir, eso es simplemente una descripción de lo que les sucederá; más bien, los daños son los efectos directos que este aislamiento puede tener sobre el bienestar de los animales, tales como la falta de estimulación que proviene del contacto social con otros animales, considerando que las ratas son especies gregarias obligadas.

Es importante recordar que los daños comprenden estados mentales negativos, tales como el miedo, la ansiedad, la frustración y el aburrimiento, así como daños físicos más evidentes cuando se realiza algún tipo de intervención invasiva (cirugías, inoculación de células tumorales, inoculación de agentes infecciosos, etc.). Como sugiere la Universities Federation for Animal

Welfare (UFAW), «es probable que en la actualidad se le dé muy poco peso a los estados mentales negativos que resultan de las modificaciones ambientales por el cumplimiento de objetivos experimentales, además de la falta de estímulos positivos en su ambiente, por lo que se debe trabajar en ello»⁹ⁱ.

El daño generalmente es predecible siempre y cuando el protocolo contenga los detalles de los procedimientos que se realizarán con los animales (Fig. 2). A partir del conocimiento de cómo estos procedimientos pueden afectar a los animales, es posible realizar una evaluación prospectiva del daño y se pueden implementar acciones para reducir o eliminar el daño (refinamiento). Sin embargo, a veces se producen resultados experimentales impredecibles, y una revisión retrospectiva de un experimento puede revelar información útil para ayudar a planificar experimentos posteriores, y así evitar o reducir circunstancias dañinas^{4,22,23}.

⁹ⁱUFAW. Welfare of Animals Used in Scientific Testing and Research. Disponible en: <https://www.ufaw.org.uk/why-ufaws-work-is-important/welfare-of-animals-used-in-scientific-testing-and-research>.



Figura 2. Elementos que deben ser evaluados en el análisis de los posibles daños según el grupo de trabajo FESALA-AALAS. Es relevante considerar la duración del experimento, el grado de invasividad y la importancia de implementar puntos finales humanitarios con la finalidad de anticipar posibles molestias e impacto en el bienestar derivado de las intervenciones que se tengan que realizar, y cumplir con los cinco dominios propuestos por Mellor y Reid.

La clasificación de la gravedad de los experimentos con animales es útil para planificar sus procesos de revisión, y en este sentido, los países que cuentan con una normativa en torno al tema han establecido categorías o criterios de invasividad en los procedimientos experimentales⁵. De hecho, en la misma NOM-062-ZOO-1999 se pueden encontrar las categorías dependiendo del nivel de afectación de los animales (Apéndice A informativo)^{10j}.

En cuanto a los beneficios, el grupo de trabajo FELASA-AALAS los identifica en tres dimensiones: calidad científica, promesa o resultado potencial, y resultado real (Fig. 3). En general, históricamente se ha aceptado el uso de animales no humanos como sujetos de investigación básica en beneficio de la sociedad, en especial para mejorar la salud humana, la medicina veterinaria o las pruebas de seguridad, y en general para avanzar en el conocimiento científico^{4,15}.

^{10j}Clasificación de actividades experimentales de acuerdo con el grado de invasión, molestia o daño producido sobre los animales de laboratorio, NOM-062-ZOO-1999:
 Categoría A. Experimentos utilizando invertebrados de baja escala.
 Categoría B. Experimentos que causan molestia o estrés mínimo.

Categoría C. Experimentos que causan estrés menor o dolor de corta duración.
 Categoría D. Experimentos que causan estrés o dolor moderado a severo.
 Categoría E. Procedimientos que causen dolor severo al nivel o por arriba del umbral de tolerancia del animal consciente no anestesiado.

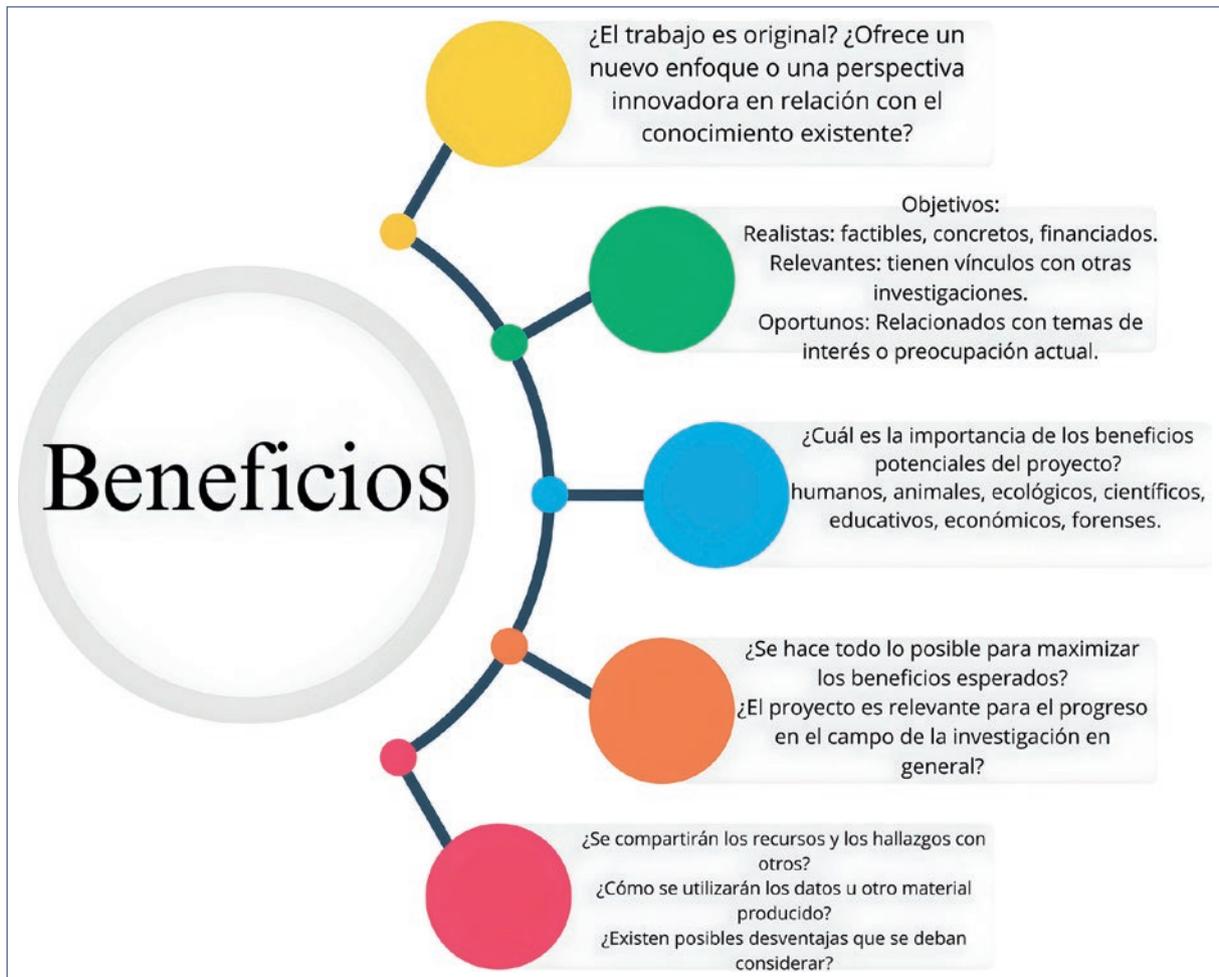


Figura 3. Elementos que deben ser evaluados en el análisis de los posibles beneficios según el grupo de trabajo FESALA-AALAS.

Los beneficios de un proyecto en particular dependen de factores internos, como la calidad científica y técnica (origen de los animales y características genéticas, manejo, alojamiento, etc.). El beneficio real también depende de factores externos, como la utilidad de los datos para el desarrollo inmediato²⁴.

Por otro lado, los beneficios humanos pueden ser directos o indirectos. Un ejemplo clásico de beneficios directos es el descubrimiento de la insulina por parte de Banting y Best hace más de 100 años. Basándose en otras investigaciones pioneras del siglo XIX, descubrieron que se desarrollaban síntomas similares a los de la diabetes en perros después de incidirles quirúrgicamente en el páncreas, y que los niveles normales de azúcar en sangre se podían restablecer con la inyección de un extracto de páncreas. Poco después, en 1922, trataron con éxito a un niño de 14 años que estaba enfermo de diabetes tipo 1²⁵.

Es mucho más difícil establecer beneficios indirectos; tal es el caso de la ciencia básica, que puede llegar a tener aplicaciones útiles (y es lo que se esperaría), pero en realidad es un tanto difícil tener la certeza de que ese conocimiento realmente resultará en un beneficio para la sociedad. Un argumento relevante para realizarla es la curiosidad de la investigación y el deseo de comprender más los fenómenos de la naturaleza, además del valor que tiene la obtención de conocimiento en sí mismo. Sin embargo, no hay seguridad de que en algún momento esto se lleve a una aplicación práctica^{16,26}. Tomando en cuenta lo antes mencionado, la validez científica es un factor determinante para evaluar el beneficio de los procedimientos experimentales, y en este sentido, en 2021 Eggel y Würbel²⁷ ampliaron el HBA añadiendo una evaluación más sistemática de la validez científica incluyendo las llamadas 3 V: la validez de constructo,

la validez interna y la validez externa. La evaluación de la validez de constructo debe basarse en la evidencia entre el modelo animal (cuán repetible o reproducible es el modelo animal, cepa, edad, sexo, etc.) y lo que se pretende medir (la pregunta a contestar). La evaluación de la validez interna debe basarse en la evidencia de la justificación científica (por ejemplo, uso de grupos de control apropiados) y del rigor científico en términos de medidas contra los riesgos de sesgo (por ejemplo, definición de variables, cálculo del tamaño de la muestra, aleatorización, análisis estadístico). La validez externa se refiere al grado en que los resultados de un estudio determinado pueden aplicarse a otros estudios, condiciones de estudio o poblaciones animales (incluidos los seres humanos); por lo tanto, define la gama de condiciones y poblaciones a las que los resultados pueden generalizarse de forma fiable (extrapolación). Por ello, se cuidan todas las variables macroambientales y microambientales que puedan modificar los resultados experimentales²⁸. Entonces, las 3 V hacen hincapié en la validación de los modelos animales planteando las siguientes preguntas:

- ¿Es válido el modelo animal para el objetivo científico (validez de constructo)?
- ¿El enfoque del modelo y el protocolo están diseñados adecuadamente (validez interna)?
- ¿Qué probabilidades hay de que el trabajo se generalice a otros animales o seres humanos en función de su objetivo (validez externa)?

En este sentido, los autores no ven las 3 V como una sustitución de las 3 R, sino más bien como una extensión para enfatizar y guiar la evaluación de la importancia de la validez en la justificación de la investigación con animales²⁹. Pongamos como contexto los estudios de oncología, que son ampliamente desarrollados en todo el mundo para entender con mayor precisión los mecanismos de desarrollo del cáncer o para probar la eficacia y la seguridad de los fármacos antineoplásicos. Si bien se han desarrollado diversos modelos *in vitro*, en la gran mayoría de los casos se hará uso de algún modelo animal. Para estos estudios es muy importante buscar un modelo animal que ayude a responder la pregunta de investigación (por ejemplo, el ratón desnudo)^{11k}, lo que constituiría la validez de constructo; además, se tendrán que definir

los procedimientos a los que será sometido ese animal para lograr los objetivos propuestos (validez interna). No obstante, al tratarse de una investigación de alta invasividad, el CICUAL tendrá que ser más estricto en la consideración del número de animales que se utilizarán, los procedimientos a los cuales serán sometidos una vez que inicie el procedimiento experimental y la aplicación adecuada de los puntos terminales; de hecho, ya hay lineamientos muy estrictos en la manera en que debe abordarse este tipo de experimentos³⁰.

Conclusiones

La revisión ética debe tener como objetivo garantizar que, desde la planificación hasta la finalización de los estudios, exista una justificación claramente explicada para utilizar animales, que esté sujeta a una evaluación continua y crítica. Esto debería incluir la consideración de:

- La posibilidad de alcanzar los objetivos por medios alternativos que no impliquen la utilización de animales.
- El equilibrio entre los beneficios previstos y los daños causados a los animales implicados.
- La minimización del dolor a través del establecimiento de puntos terminales humanitarios, uso de analgésicos cuando los protocolos sean invasivos, aplicación de métodos de muerte adecuados a cada una de las especies utilizadas, etc.
- La optimización del manejo de colonias reproductoras (incluyendo animales genéticamente modificados).
- La formación, la capacitación y la supervisión de todo el personal implicado (personal técnico, usuarios, veterinarios e investigadores).

Entonces, el HBA busca asegurar que los estudios con animales se realicen solo cuando son estrictamente necesarios y justificados, en concordancia con los actuales lineamientos éticos y normativos, y con un balance adecuado entre el progreso científico y el bienestar animal. A pesar de ello, es importante mencionar que pueden existir diversas limitaciones dependiendo del tipo de institución (universitaria o industria farmacéutica), de los intereses que tiene cada institución y de las convicciones éticas de quienes participan en el CICUAL. De ahí que la formación y la capacitación de los investigadores y miembros de comités de ética

^{11k}Los ratones desnudos tienen una mutación genética que provoca la ausencia o el deterioro del timo, por lo que son los preferidos para los estudios de tumores y trasplantes de tejidos, ya que no presentan respuestas de rechazo.

Hasta el momento, son los modelos más utilizados para estudios de cáncer.

estén enfocadas en lograr una sensibilización sobre el compromiso ético y normativo que implica la experimentación con animales. En México aún hay aspectos que mejorar en la revisión y el monitoreo de proyectos de investigación; sin embargo, parece que cada vez hay mayor compromiso e interés por mejorar las condiciones de los animales utilizados en experimentación.

Financiamiento

La autora declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- Mahalmani V, Prakash A, Medhi B. Do alternatives to animal experimentation replace preclinical research? *Indian J Pharmacol.* 2023;55:71-5.
- Pound P, Ebrahim S, Sandercock P, Bracken MB, Roberts I; Reviewing Animal Trials Systematically (RATS) Group. Where is the evidence that animal research benefits humans? *BMJ.* 2004;328:514-7.
- Azilagbetor DM, Shaw D, Elger BS. Animal research regulation: improving decision-making and adopting a transparent system to address concerns around approval rate of experiments. *Animals (Basel).* 2024;14:846.
- Bronstad A, Newcomer CE, Decelle T, Everitt JI, Guillen J, Laber K. Current concepts of harm-benefit analysis of animal experiments: report from the AALAS-FELASA working group on harm-benefit analysis – part 1. *Lab Anim.* 2016;50(1 Suppl):1-20.
- Lindl T. Guidance on determining indispensability and balancing potential benefits of animal experiments with costs to the animals with specific consideration of EU Directive 2010/63/EU. *ALTEX.* 2012;29:219-28.
- Boyd K. The three Rs and the humanity criterion: an abridged version of *The Principles of Humane Experimental Technique* by WMS Russell and RL Burch (1959), M Balls (2009). *Anim Welf.* 2010;19:197.
- Heredia Antúnez AP, Cantón BV, Santillán Doherty P. Retos de los comités de ética en investigación en animales: experiencia de México. *Rev Bioet Derecho.* 2021;(51):99-121.
- Télez Ballesteros EE, Vanda Cantón B. Cuestionamientos éticos a la generación de conocimiento en la investigación biomédica con animales no humanos. *Rev Bioet Derecho.* 2020;(49):172-89.
- Canadian Council of Animal Care. Protocol Review. Ottawa: CCAC. (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: https://ccac.ca/Documents/Standards/Guidelines/Protocol_Review.pdf.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. International guiding principles for biomedical research involving animals. Geneva: CIOMS. (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/ResarchInvolvingAnimals.pdf>.
- National Research Council (US) Committee for the Update of the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals. *Guide for the care and use of laboratory animals.* 8th ed. Washington, D.C.: National Academies Press; 2011.
- Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). Capítulo 7.8: Bienestar animal. (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/Health_standards/tahc/2011/es_chapitre_1.7.8.htm.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA). Norma Oficial Mexicana NOM-062-ZOO-1999: Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio. SAGARPA; 2001. (Consultado el 23-12-2024.) Disponible en: <http://www.senasica.sagarpa.gob.mx>.
- Prankel S. The costs and benefits of animal experiments: an evaluation with bias. *Review of: Knight A. Palgrave Macmillan; 2011. Animals (Basel).* 2012;2:25-6.
- Nannoni E, Mancini C. Toward an integrated ethical review process: an animal-centered research framework for the refinement of research procedures. *Front Vet Sci.* 2024;11:1343735.
- Balls M. It's time to include harm to humans in harm-benefit analysis: but how to do it, that is the question. *Altern Lab Anim.* 2021;49:182-96.
- Bateson P. When to experiment on animals. *New Sci.* 1986;109:30-2.
- Pound P, Nicol CJ. Retrospective harm-benefit analysis of pre-clinical animal research for six treatment interventions. *PLoS One.* 2018;13:e0193758.
- Brink CB, Lewis DI. The 12 Rs framework as a comprehensive, unifying construct for principles guiding animal research ethics. *Animals (Basel).* 2023;13:1128.
- New Zealand Association of Psychology Teachers. Using Bateson's Decision Making Cube to evaluate animal research. *NZAPT; 2023.* (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: <https://www.nzpsychteachers.org/post/using-bateson-s-decision-making-cube-to-evaluate-animal-research>.
- Grimm H, Olsson IAS, Sandøe P. Harm-benefit analysis: what is the added value? A review of alternative strategies for weighing harms and benefits as part of the assessment of animal research. *Lab Anim.* 2019;53:17-27.
- Earl J. Compensation and limits on harm in animal research. *Kennedy Inst Ethics J.* 2022;32:313-27.
- Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea. Directiva 2010/63/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de septiembre de 2010, relativa a la protección de los animales utilizados para fines científicos. *Diario Oficial de la Unión Europea.* 2010;L276:33-79. (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2010:276:FU>.
- Laber K, Newcomer CE, Decelle T, Everitt JI, Guillen J, Bronstad A. Recommendations for addressing harm-benefit analysis and implementation in ethical evaluation: report from the AALAS-FELASA working group on harm-benefit analysis – part 2. *Lab Anim.* 2016;50(1 Suppl): 21-42.
- Hall K. The discovery of insulin: a story of monstrous egos and toxic rivalries. *The Conversation.* 11 de enero de 2022. (Consultado el 04-01-2025.) Disponible en: <http://theconversation.com/the-discovery-of-insulin-a-story-of-monstrous-egos-and-toxic-rivalries-172820>.
- Home Office. Cost/benefit assessment: a note by the Chief Inspector. En: *Report of the Animal Procedures Committee for 1997.* London: TSO; 2003. p. 50-9. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119027/cost-benefit-assessment.pdf.
- Eggel M, Würbel H. Internal consistency and compatibility of the 3Rs and 3Vs principles for project evaluation of animal research. *Lab Anim.* 2021;55:233-43.
- Würbel H. More than 3Rs: the importance of scientific validity for harm-benefit analysis of animal research. *Lab Anim (NY).* 2017;46:164-6.
- Petkov CI, Flecknell P, Murphy K, Basso MA, Mitchell AS, Hartig R, et al. Unified ethical principles and an animal research "Helsinki" declaration as foundations for international collaboration. *Curr Res Neurobiol.* 2022;3:100060.
- De Vleeschauwer SI, van de Ven M, Oudin A, Debusschere K, Connor K, Byrne AT, et al. OBSERVE: guidelines for the refinement of rodent cancer models. *Nat Protoc.* 2024;19:2571-96.

Ética de las virtudes en la formación de una agencia bioética ciudadana como fundamento para la gobernanza

Virtue ethics in the formation of a civic bioethical agency as a foundation for governance

Carolina Consejo-y Chapela

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El concepto moderno de bioética surgió en el contexto de las experiencias vividas por la humanidad durante el siglo XX, los regímenes totalitarios y el fascismo durante la Segunda Guerra Mundial, los cuestionamientos sobre los efectos de la explotación humana del medio ambiente y otras especies, así como sobre la justicia en la distribución de recursos derivados de los avances de la ciencia y la tecnología. En los últimos años se ha observado un resurgimiento de una ética de las virtudes para una bioética contemporánea. **Objetivo:** Analizar la importancia de retomar una ética laica de las virtudes para la formación bioética como formación de agencia moral ciudadana y su relación con la gobernanza en una verdadera democracia participativa, incluyendo los roles ciudadanos para el ejercicio del servicio público en salud. **Conclusiones:** El enfoque epistemológico educativo desde una ética laica y desideologizada de las virtudes es fundamental para la gobernanza y el desarrollo de una cultura bioética ciudadana con preocupación por el bienestar de los demás, las otras especies, el medio ambiente y las generaciones presentes y futuras.

Palabras clave: Bioética. Agencia. Ética de las virtudes. Gobernanza.

Abstract

Introduction: The modern concept of bioethics emerged in the context of the experiences humanity faced during the 20th century, including totalitarian regimes and fascism during the Second World War, concerns regarding the effects of human exploitation of the environment and other species, as well as issues of justice in the distribution of resources resulting from scientific and technological advances. In recent years, there has been a resurgence of virtue ethics in contemporary bioethics. **Objective:** To analyze the importance of reconsidering a secular virtue ethics approach for bioethical education, understood as the formation of moral agency in citizens, and its relationship with governance in a real deliberative democracy, including citizen roles, as public health servants. **Conclusions:** An epistemological and educational approach based on a secular and de-ideologized virtue ethics is essential for governance and the development of a civic bioethical culture concerned with the well-being of others, other species, the environment, and both present and future generations.

Keywords: Bioethics. Agency. Virtue ethics. Governance.

*Correspondencia:

Carolina Consejo-y Chapela

E-mail: caroconsejo@comunidad.unam.mx

Fecha de recepción: 14-02-2025

Fecha de aceptación: 14-05-2025

DOI: 10.24875/GCB.25000004

Disponible en línea: 07-07-2025

Gac Conbioet. 2025;14(52):23-28

www.gacetaconbioetica.com

«No adquirimos las virtudes si no ejercemos primero las actividades (...) Construyendo casas se hace un arquitecto (...) lo mismo para las virtudes (...) es realizando las cosas justas que se vuelve uno justo, practicando la templanza que se vuelve uno temperante y haciendo acciones de valentía que se vuelve uno valiente.»

Aristóteles, *Ética a Nicómaco*¹

Marco conceptual

La definición del término y la determinación del quehacer de la bioética han sido ampliamente debatidas² desde la publicación de Fritz Jahr³ en la revista *Kosmos*, quien retomó el concepto de «bio-psiquis» de Rudolf Esler para hablar de la necesidad de forjar una disciplina que permita adoptar una nueva actitud ética sobre nuestra relación con los animales y las plantas. Décadas después, Van Rensselaer Potter definió la bioética como una «ciencia de la supervivencia». En sus obras *Bioethics: bridge to the future*⁴ y *Bioethics: the science of survival*⁵ la describe como un puente obligado entre la ciencia y la humanidad al servicio de la salud humana mundial y para la protección del medio ambiente, otras especies y las generaciones presentes y futuras. Presentó a la bioética no solo como un campo de conocimiento, sino también como una verdadera «militancia» para todos aquellos involucrados en el quehacer de las «ciencias de la vida». Reconoció la importancia del pensamiento de Aldo Leopold, quien «anticipó la extensión de la ética a la bioética» y explicó cómo en un primer momento la ética se ocupó de la relación entre individuos, para después ocuparse de la relación entre el individuo y la sociedad. Esto implicó «la integración del individuo a la sociedad, pero también, a través de la democracia, la integración de la organización social al individuo»⁶.

El contexto histórico en el cual surge el concepto moderno de bioética está enmarcado en las experiencias del fascismo y los crímenes de guerra sufridos por la humanidad durante los regímenes totalitarios posteriores del siglo xx, y en particular durante la Segunda Guerra Mundial, que llevaron al nacimiento de organismos internacionales para buscar restablecer un orden mundial fundamentado en la necesidad de contribuir a la generación de un derecho internacional, y la promoción y la defensa de los derechos humanos, tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). El establecimiento de

consensos y compromisos de la comunidad internacional fue indispensable para adoptar políticas e implementar cambios en las estructuras nacionales, que incluyeron la promoción de una cultura bioética y de derechos humanos en el quehacer cotidiano de la atención a la salud, la investigación y el desarrollo tecnológico relacionados con las «ciencias de la vida»⁷.

La publicación del término «bioética» en el *Index Medicus* llevó a su discusión y aceptación en el mundo académico durante los años 1970 y 1980. Las diferentes posturas conceptuales en su definición se pueden encontrar, por ejemplo, en los cambios observados entre la primera y la segunda ediciones de la *Enciclopedia de Bioética* publicada por la Universidad de Georgetown. La primera edición, de 1978, bajo la coordinación de Warren T. Reich, la define de la siguiente forma⁸: «la bioética es una investigación sistemática del comportamiento humano en el ámbito de las ciencias relacionadas con la vida y la atención sanitaria, en la medida en que dicho comportamiento se considera en el contexto de los valores y principios morales». Esta edición se convirtió en una obra de referencia y ayudó al impulso del movimiento de la bioética moderna durante la década de 1980, tanto en los Estados Unidos de América como en el resto del mundo. Los avances en el campo de la medicina, la biología, la ecología y la tecnología, junto con otros elementos relacionados con conflictos sociales y diferentes contextos culturales, llevaron a la necesidad de revisar la obra e incluir diferentes perspectivas académicas que iban floreciendo en el mundo⁹. La segunda edición, de 1995, presentó cambios muy importantes¹⁰: «la bioética es un estudio sistemático de las dimensiones morales —incluyendo la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas— de las ciencias de la vida y la atención sanitaria, empleando una variedad de metodologías éticas en un entorno interdisciplinario». Destacan:

- El reconocimiento de la diferencia entre ética como enfoque epistemológico y metodológico para el estudio de los fenómenos morales y valorativos.
- El carácter plural de los valores y las dimensiones morales en un mundo diverso, relacionados con el contexto cultural, religioso, histórico y político.
- La naturaleza interdisciplinaria del enfoque.

En los Estados Unidos de América se impulsó la corriente principialista derivada del *Informe Belmont* y de la obra *Principles of biomedical ethics* de Beauchamp y Childress¹¹. La Unión Europea desarrolló un modelo propio derivado del reporte de la Comisión Europea del Proyecto BIOMED II¹².

Tristram Engelhardt¹³, mediante el concepto de «extraños morales», criticó la idea de una «bioética universal» que plantea una «comunidad moral universal de personas» sin tomar en cuenta la diversidad de contextos culturales y religiosos. Consideró que las comunidades se articulan en torno a «verdades morales». Las personas, fuera de sus comunidades, pueden ser «extraños morales». Plantea la posibilidad de una moral secular para vincular a la sociedad en una mayor escala, donde la negociación y el consenso entre extraños morales permita la toma de decisiones conjuntas mediante el establecimiento de fines en común.

Bioética institucionalizada y enfoque de los derechos humanos en México

En 1989, el Dr. Manuel Velasco Suárez estableció un grupo colegiado al interior del Consejo de Salubridad General, el cual buscó promover el análisis y la discusión de los temas relacionados con la salud, la investigación y la bioética, que se instauraría como Comisión Nacional de Bioética el 30 de marzo de 1992, bajo la presidencia del Dr. Jesús Kumate Rodríguez. En octubre de 2000 adquirió el estatus de «permanente»⁷.

En el año 2005, la UNESCO aprobó la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*¹⁴, comprometiéndolo a sus miembros con la comunidad universal para respetar, garantizar y promover los principios de bioética que de ella emanaron, incluyendo cambios normativos e institucionales para hacerlos operativos.

En apego al Artículo 1.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se establece la vinculación de los derechos humanos¹⁵, la Comisión Nacional de Bioética adquirió su estatus de «órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa, para promover la creación de una cultura bioética en México»⁷, definiendo la bioética como «la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones»¹⁶. Retoma el posicionamiento de Potter^{4,5} para incluir la preocupación ética sobre el quehacer de la medicina y la biomedicina, además de las «ciencias de la vida», e implica hacer partícipes al Estado y a las personas ciudadanas que interactúan en la sociedad, en relación con su entorno y el medio

ambiente, y las generaciones presentes y futuras. Para ello, se hace indispensable la promoción de una cultura bioética ciudadana para la gobernanza.

Neoaristotelismo y epistemologías fundamentadas en una ética de las virtudes

A partir de publicaciones como *Modern moral philosophy* en 1958 por Elizabeth Anscombe¹⁷ y *After virtue: a study in moral theory* en 1981 por Alasdair MacIntyre¹⁸, se desarrolló un movimiento denominado «ética de las virtudes neoaristotélicas», centrado en la motivación del individuo como capaz del ejercicio de una agencia moral^{19,20}. Reviven conceptos aristotélicos sobre la *eudaimonía*, alcanzable mediante el ejercicio de la capacidad racional para dirigir nuestras acciones, fundamentadas en la *phronēsis* o sabiduría práctica, traducidas en acciones virtuosas^{1,19}. Considera a la virtud como estado de toma de decisiones fundamentadas en el uso de la razón, considerando un «justo medio» alejado de «los vicios del exceso y deficiencia»¹⁹. Implica ejercer la libertad con responsabilidad sobre los propios actos. Las virtudes son, por lo tanto, «disposiciones morales que el individuo adquiere y sostiene a lo largo del tiempo dirigidas al mejor actuar»¹⁸.

En esta línea, Bernardo Zacka²¹, desde la teoría política y mediante el uso de métodos etnográficos, analizó casos de personas servidoras públicas «a pie de calle» en su quehacer de atención directa a la ciudadanía en ambientes adversos que enfrentaban situaciones que dificultaban el ejercicio de su agencia moral. Zacka observó comportamientos de «desapego» y «atención minimalista», consecuencia de una disonancia cognitiva que generó sufrimiento en un proceso de adaptación a situaciones adversas. La disonancia existía cuando se conocía lo que se debía hacer, aunque se tenía la opción de actuar diferente al deber como solución inmediata. Para superar el sufrimiento moral que se generaba, los servidores públicos creaban una estructura de conocimiento que validaba el desapego reflejado en la atención «minimalista» y el maltrato. Zacka plantea el sufrimiento moral como una oportunidad, al observar que algunos funcionarios fueron capaces de realizar un ejercicio ético de su agencia moral, lo que les permitió actuar conforme al deber. Al obrar de este modo, retoma al filósofo Michel Foucault para proponer la educación como una herramienta para el «ejercicio del yo» y para el desarrollo de disposiciones que favorezcan una práctica ética de la agencia moral²¹.

Sonderman, Ubert y Finkenbusch²² consideran que la agencia moral no está dada, sino que se construye y es modificable en un proceso de cambio. Retoman la propuesta de Crawford²³, quien sostiene que para la construcción de la agencia individual se requieren estrategias «para la generación de conciencia sobre la historia y las estructuras injustas del mundo, incluyendo la forma en la cual las acciones individuales contribuyen a ellas». Por lo tanto, el papel de la educación es fundamental para el desarrollo de la agencia moral, tanto en la dimensión personal como colectiva y en la práctica social²³⁻²⁵.

Discusión: educación y agencia moral ciudadana para una cultura bioética laica en una democracia deliberativa

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹⁵ reconoce como laico al Estado mexicano, por lo que la bioética y la formación bioética que se promueven en las instituciones públicas deben ser también laicas, lo que implica que tienen que ser desideologizadas. Hay que contemplar tanto a las estructuras institucionales como a la participación en la promoción de una cultura bioética ciudadana en sus diferentes roles. Para ello, se requiere una formación cívica que permita el desarrollo de capacidades para el ejercicio ético de una agencia moral ciudadana.

Teorías como las promovidas por Patrick J. Deneen en sus obras *Why Liberalism Failed*²⁶ y *Regime change toward a postliberal future*²⁷ han sido utilizadas para fundamentar posturas que promueven una nueva forma de conservadurismo basado en las religiones, los valores morales tradicionales y la familia. En su propuesta de nuevo régimen, lejos de promover la participación del conjunto de la ciudadanía en la deliberación sobre los asuntos colectivos, se excluye a aquellos que no coinciden con los valores de ciertos grupos religiosos e ideologías impulsadas por el Estado, que los promueve como «la verdadera voluntad del pueblo»²⁷.

Deneen realiza una crítica del avance científico y tecnológico sosteniendo que ha sido utilizado como herramienta para la liberación de las personas de la naturaleza, la tradición y la comunidad. Desacredita a las comunidades científicas y académicas acusándolas de elitismo. Promueve una nueva forma de estructura social que establece una nueva forma de clase dominante que, bajo la recuperación de los valores tradicionales, tutele a las comunidades.

Esta perspectiva debilita el ejercicio ético de la agencia moral de las personas gobernadas, dado que

no promueve el ejercicio de la libertad para el actuar responsable sino la imposición de cánones morales derivados de las religiones y los valores tradicionales de la comunidad.

El enfoque epistemológico que plantea Zacka²¹ basado en una ética laica de las virtudes para el desarrollo de disposiciones y capacidades de los servidores públicos puede ser considerado como estratégico en un Estado laico para una educación pública dirigida a la formación de personas en todos los roles de su quehacer ciudadano, incluyendo a las profesiones de la salud y de las ciencias de la vida, y a las personas dedicadas a la función pública.

Desde los niveles básicos de educación, permitiría el desarrollo de la autoconciencia sobre la responsabilidad personal y colectiva, en cuanto al efecto de las acciones sobre los demás, las comunidades, la sociedad, el medio ambiente, las otras especies y las generaciones presentes y futuras.

Esto se hace aún más urgente frente al escalamiento de las diferentes formas de violencia en la sociedad, el cambio climático, los cambios observados en la geopolítica, el riesgo de retroceso en materia de derechos humanos y el cuestionamiento del valor de los espacios de colaboración internacional, como la ONU, la UNESCO y la OMS, el debilitamiento de las democracias y los ataques al Derecho Internacional, al reconocimiento a la diversidad y al pensamiento crítico y científico fundamentados en argumentos tales como los planteados por Deneen^{26,27}.

La educación cívica para el ejercicio de la ciudadanía es fundamental para la gobernanza en las democracias, incluyendo los modelos de democracia deliberativa, ya que, como plantea Victoria Camps en su obra colectiva *Democracia sin ciudadanos*²⁸, en el mundo existe una tendencia preocupante a la baja participación de las personas en los asuntos de interés público vinculada a la falta creciente de autoconciencia del deber de civildad entendido no como imposición, sino como elemento ontológico del ser ciudadano.

Jordi Riba²⁹ expone la necesidad de establecer modelos de educación que «favorezcan la activación del ciudadano en lugar de su desactivación» frente a aquellos que buscan una individualización democrática pasiva, lo que implica «un proceso regresivo al propio sentido democrático». Este fenómeno puede observarse en las diversas formas de populismo emergentes. Riba argumenta que se requiere fortalecer la formación ciudadana partiendo del laicismo, el respeto de la «cosa pública», la tolerancia, la responsabilidad y la solidaridad. Sin embargo, urge a replantear «la manera en la que estos

son transmitidos, la forma de hacerlos llegar a los ciudadanos y de enfrentarlos con otros mensajes que igualmente les llegan»²⁹.

Habermas³⁰ considera fundamental que los asuntos de interés público relacionados con aspectos bioéticos de la vida humana y la biotecnología se aborden mediante procesos deliberativos, democráticos y racionales, con participación de una ciudadanía informada. Para ello, el Estado, a través de la educación pública, debe promover el desarrollo del conocimiento científico y la capacidad crítica y analítica de todos los miembros de la sociedad.

Potter^{4,5}, a pesar de no hablar del concepto de «ciudadanía», propone que las decisiones tanto éticas como políticas deben incluir la participación de la sociedad, para lo cual es fundamental que dicha participación sea informada.

En su enfoque bioético, Diego Gracia³¹ defiende un modelo de ética pública basado en la laicidad aplicable a sociedades democráticas diversas, sin la imposición de dogmas morales ni verdades absolutas.

Estas propuestas tienen en común un enfoque laico desde la responsabilidad y la promoción de las virtudes ciudadanas, para lo cual el Estado debe fomentar el desarrollo de disposiciones y capacidades para el ejercicio de la agencia moral, donde la racionalidad, la ética, la crítica y el análisis para fundamentar las posturas y acciones son indispensables.

Con fundamento en lo anterior, es indispensable la formación de las personas en el servicio público que se encuentren al frente de los procesos de atención a la salud, tanto en los niveles operativos como en los distintos niveles de gobierno, para el ejercicio ético de su agencia moral en el ámbito de sus responsabilidades, lo que involucra sus interacciones al interior de las estructuras institucionales reflejadas en el comportamiento y la cultura de la organización.

Finalmente, sería congruente establecer como elementos del quehacer cotidiano de las instituciones de salud el reconocimiento, la protección, el fortalecimiento y la promoción del ejercicio ético de la agencia moral ciudadana de las personas usuarias de los servicios de salud, como parte inherente de la promoción de la salud con plena participación tanto en las decisiones que directamente afecten su proceso de atención como en aquellas del interés público, si se busca la construcción de una verdadera democracia deliberativa.

Conclusiones

El enfoque epistemológico educativo con fundamento en una ética de las virtudes, desde la educación

básica, puede contribuir a la formación de una ciudadanía con preocupación ética sobre el bienestar de las personas, las otras especies, el medio ambiente y las generaciones presentes y futuras. Como epistemología educativa, permitiría el desarrollo de disposiciones y capacidades éticas en el ejercicio de la agencia moral de las personas en su vida pública y privada, en la interacción social, en el contexto laboral, durante el ejercicio profesional y en la función pública.

La educación para el desarrollo de una agencia bioética ciudadana es un elemento estratégico en la búsqueda de la transformación de las instituciones públicas de salud, dirigida a la adopción de una cultura y comportamiento organizativo, fundamentada en una cultura bioética mantenida en el tiempo mediante la práctica y el fortalecimiento institucional²⁵.

El reconocimiento, la protección, el fortalecimiento y la promoción del ejercicio ético de la agencia ciudadana deben ser considerados inherentes al quehacer de las instituciones de salud para su gobernanza.

No puede existir una verdadera democracia deliberativa si no es mediante la participación de la ciudadanía informada, con una robusta agencia moral desarrollada y fortalecida continuamente a través de la educación pública y laica, lo que implica que debe ser desideologizada. Para ello, es indispensable la promoción del diálogo y la colaboración intersectorial en los espacios tanto académicos como de gobierno.

Financiamiento

La autora declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. En: González Valenzuela J, editor. *Ética y libertad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1989.
2. Arellano Rodríguez JS, Fariás Trujillo E. *Bioética sin biomoral: elementos críticos para comprender la bioética*. México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, Universidad Autónoma de Querétaro; 2023.
3. Jahr F. *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*. *Kosmos Handweiser für Naturfreunde*. 1927;24:2-4.
4. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1971.
5. Potter VR. *Bioethics: the science of survival*. *Perspect Biol Med*. 1970; 14:127-53.
6. Leopold A. *The land ethic*. En: Leopold A. *A Sand County almanac and sketches here and there*. Oxford: Oxford University Press; 1949. (Consultado en abril de 2025.) Disponible en: <https://www.cooperative-individualism.org/leopold-aldoland-ethic-1949.pdf>.
7. Ruiz de Chávez MH, Pineda Hernández G. *Consolidación y prospectiva de la bioética en el ámbito estatal en México*. *Medicina y Ética*. 2019; 30:261-78.
8. Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Georgetown University; 1978.
9. Post SG, editor. *Encyclopedia of bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference; 2004.
10. Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics*. 2nd ed. New York: Macmillan Library Reference/Simon & Schuster Macmillan; 1995.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1977.
12. Rendtorff JD, Kemp P. *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Copenhagen/Barcelona: Center for Ethics and Law / Institut Borja de Bioètica; 2000.
13. Engelhardt HT. *The foundations of bioethics*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
14. UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. 2005. (Consultado en enero de 2025.) Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>.
15. Cámara de Diputados. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (Consultado en enero de 2025.) Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
16. Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para la integración y funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*. México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética; 2015. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registro-comites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf.
17. Anscombe GEM. *Modern moral philosophy*. *Philosophy*. 1958;33:1-16.
18. MacIntyre A. *After virtue: a study in moral theory*. 3rd ed. Kindle ed. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2007.
19. Snow N. *Contemporary virtue ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
20. Hursthouse R. *On virtue ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
21. Zacka B. *When the state meets the street: public service and moral agency*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press; 2017.
22. Sondermann E, Ulbert C, Finkenbusch P. *Introduction*. En: Ulbert C, Finkenbusch P, Sondermann E, Debiel T, editores. *Moral agency and the politics of responsibility*. New York: Routledge; 2018. p. 6-7.
23. Crawford NC. *No borders, no bystanders: developing individual and institutional capacities for global moral responsibility*. En: Beitz CR, Goodin R, editores. *Global basic rights*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 131-55.
24. Ulbert C, Finkenbusch P, Sondermann E, Debiel T. *Moral agency and the politics of responsibility*. New York: Routledge; 2018.
25. Crawford NC. *Promoting responsible moral agency*. En: Ulbert C, Finkenbusch P, Sondermann E, Debiel T, editores. *Moral agency and the politics of responsibility*. New York: Routledge; 2018. p. 36.
26. Deneen PJ. *Why liberalism failed*. New Haven: Yale University Press; 2018.
27. Deneen PJ. *Regime change: toward a postliberal future*. New York: Sentinel; 2023.
28. Camps V, editora. *Democracia sin ciudadanos: la construcción de ciudadanía en las democracias liberales*. Madrid: Trotta; 2010.
29. Riba J. *La educación permanente del ciudadano*. En: Camps V, editora. *Democracia sin ciudadanos: la construcción de ciudadanía en las democracias liberales*. Madrid: Trotta; 2010. p. 139-50.
30. Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana: ¿hacia una eugenesia liberal?* Barcelona: Paidós; 2012.
31. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. 2.ª ed. Madrid: Triacastela; 2001. p. 42.

Procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos

Deliberative-argumentative procedure for case analysis

Ixchel I. Patiño-González

Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal., México

Resumen

Introducción: La reflexión bioética, particularmente la que se desenvuelve en los comités de bioética, se puede enriquecer con estudios sobre argumentación. Los trabajos recientes de la argumentación, particularmente la dialéctica, favorecen una nueva área de investigación, la cual se puede aproximar para el análisis de toma de decisiones y justificaciones en los casos. **Objetivo:** Identificar aquellos procedimientos de análisis de caso (PAC) que presentan argumentación y/o deliberación. Proponer un procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos, mediante la adaptación y adecuación del procedimiento deliberativo de Walton, para dar cuenta de diversos componentes argumentativos que se pueden analizar y deliberar cuando se presentan casos en comités hospitalarios de bioética. **Método:** Revisión bibliográfica de tipo expositiva. En diversas fuentes de búsqueda se recolectaron, seleccionaron y analizaron procedimientos que señalan entre sus pasos la argumentación y/o la deliberación. **Resultados:** De los 49 PAC, existen cuatro que consideran entre sus pasos tanto la argumentación como la deliberación, pero no precisan cómo es la actividad argumentativa o deliberativa. **Conclusiones:** La presentación y adaptación de la propuesta de procedimiento de Walton favorece el reconocimiento y análisis de la actividad argumentativa y sistematización del diálogo deliberativo.

Palabras clave: Argumentación. Deliberación. Procedimiento. Comités de bioética.

Abstract

Introduction: Bioethical reflection, especially in bioethics committees, can benefit from studies on argumentation. Recent work in argumentation, particularly dialectics, fosters a new area of research, one that can be used to analyze decision-making and justifications in case studies. **Objective:** To identify case analysis procedures that incorporate argumentation and/or deliberation. To propose a deliberative-argumentative procedure for case analysis. This is done by adapting Walton's deliberative procedure to account for the various argumentative components that can be analyzed and deliberated when cases are presented in bioethics committees. **Method:** Expository bibliographic research. In several research sources procedures that include argumentation and/or deliberation in their steps were collected, selected and analyzed. **Results:** Of the 49 cases analysis procedures reviewed, four were found to incorporate both argumentation and deliberation in their steps, but they don't indicate what the argumentative or deliberative activity be like. **Conclusions:** The adaptation of Walton's procedural proposal supports the recognition and analysis of argumentative activity and systematization of deliberative dialogue.

Keywords: Argumentation. Deliberation. Procedure. Bioethics committees.

Correspondencia:

Ixchel I. Patiño-González

E-mail: ixchel.patino@academicos.udg.mx

Fecha de recepción: 28-10-2024

Fecha de aceptación: 03-06-2025

DOI: 10.24875/GCB.24000012

Disponible en línea: 07-07-2025

Gac Conbioet. 2025;14(52):29-34

www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2025 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los estudios en la argumentación se han clasificado en tres apartados: lógica, dialéctica y retórica¹. La reflexión en la bioética puede enriquecerse con los trabajos recientes de la argumentación, particularmente con la deliberación argumentativa.

Los trabajos de la argumentación²⁻⁴ se han dirigido hacia el análisis de reglas y marcos normativos que caracterizan los distintos tipos de diálogos y razonamientos prácticos. En palabras de Walton, «El nuevo modelo dialéctico de argumentación ética ha sentado las bases de un nuevo programa de investigación. Este programa toma como base el tipo de argumentación utilizada en los estudios de casos de ética aplicada, como la ética médica, la ética empresarial y la ética ambiental»⁵.

Estos aportes de la argumentación a la bioética han enriquecido el análisis aplicando diversos modelos y esquemas teóricos a casos y razonamientos clínicos. Una contribución (desde la nueva dialéctica) que ofrece herramientas teóricas y habilidades argumentativas para el ejercicio de la deliberación en los comités hospitalarios de bioética (CHB) se puede encontrar en la propuesta de Walton con su procedimiento en el diálogo deliberativo⁵.

Cabe destacar que desde otras áreas de conocimiento también se han propuesto diversos procedimientos para analizar casos clínicos. Los pasos más recurrentes son los hechos y valores (o cualquier otra prescripción). Los hechos y los valores se analizan para, posteriormente, deliberar sobre los posibles cursos de acción en relación con aquellos. Esta última parte es la más delicada porque no hay sistematicidad de la deliberación en el análisis de casos y esto se presta a confundirla con cualquier otra práctica comunicativa. Es aquí donde la teorización de la argumentación y deliberación dirigida a la bioética puede enriquecer la práctica.

Aunque los diversos procedimientos de análisis de caso (PAC) aluden entre sus pasos (de forma explícita o implícita) distintos tipos de deliberación, como género retórico, como práctica de la prudencia o como forma del discurso público⁶, parece que se sobreentiende el mecanismo para deliberar. La deliberación que necesita ejercitarse en los CHB es aquella entendida como práctica de la prudencia y como discurso público. Es decir, deliberar implica argumentar y sopesar sobre los posibles cursos de acción que tiendan a ser prudentes (razonables) para las partes implicadas.

Objetivo

Los objetivos de este texto se dirigen a 1) señalar los PAC que existen e identificar si la argumentación y/o la deliberación se mencionan como parte su modelo y, posteriormente, 2) proponer un procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos mediante la adaptación y adecuación del procedimiento deliberativo de Walton, para dar cuenta de los diversos componentes argumentativos que se pueden analizar y deliberar cuando se presentan casos en los CHB.

Método

La técnica empleada para registrar los PAC fue revisión bibliográfica de tipo expositiva⁷. Esta técnica proporciona la evidencia disponible para dar cuenta de aquellos procedimientos de análisis de casos dirigidos a los CHB. La búsqueda de material bibliográfico se concentró principalmente en fuentes primarias y algunas en fuentes secundarias (cuando el material no estaba disponible). Se ordenaron según la fecha de publicación, desde el primero registrado en 1972 hasta el más reciente en 2017^a. El universo de búsqueda de los diversos procedimientos comprende diversas fuentes de revistas académicas especializadas en español e inglés de ética y bioética. La selección se efectuó tomando en cuenta la pertinencia y coherencia de los procedimientos provenientes de diversas áreas de conocimiento como ética aplicada: medicina, enfermería, trabajo social, psicología, teorías de sistemas y bioética. El margen de fechas de búsqueda fue desde 1970 hasta 2023. Este trabajo^b se llevó a cabo en tres etapas:

^aEl primer procedimiento del que se tiene registro fue en 1972 por Hansen y adaptado por Bergsma hacia la resolución de conflictos en el campo clínico⁷. El PAC más reciente para el análisis ético en la práctica médica fue elaborado por Guevara y Altamirano B.N y Altamirano B.M. en 2017. Está dirigido a los CHB para que se logre una deliberación en bioética en tiempo real, esto es «en el abordaje del paciente en un tiempo particular (*on-the-fly*), inmediato y simultáneo a la atención clínica»⁸.

^bLa justificación para acudir a estas bases de datos es principalmente porque se encontraron resultados favorables al colocar los diversos descriptores en español e inglés. No se incluyeron las siguientes bases de datos: Web of Science, ProQuest y PubMed, debido a que arrojaron resultados no esperados, pues las publicaciones se dirigen a dar cuenta solo de una parte de los descriptores y con ello su propósito no está en correspondencia con este trabajo.

- Fase 1. Recolección de material. Para la localización de los documentos bibliográficos se emplearon los siguientes descriptores en español e inglés: “procedimientos para la toma de decisiones”, “procedimiento de decisión para la ética clínica”, “procedimiento para análisis de casos” y “procedimiento ético para análisis de casos”. Durante 2023 se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes fuentes: SciELO, Redalyc y JSTOR^b. También se buscaron en diversos artículos de revistas de ética, ética clínica y bioética de acceso libre provenientes de alguna institución educativa u organización de reconocido prestigio dirigida hacia los estudios en ética y bioética^c.
- Fase 2. Selección de material. La selección de los PAC se obtuvo con base en el cumplimiento de por lo menos uno los siguientes criterios: 1) presentación de los pasos o procesos que seguir; 2) hechos o datos; 3) problema, dilema o conflicto; 3) prescripciones, como valores, principios, normas o reglas; 4) decisión o elección; 5) argumentación, y 6) deliberación^d.
- Fase 3. Análisis de material. A partir de la selección y registro de todos los PAC se distinguen aquellos que destacan entre sus pasos o procesos la deliberación y/o la argumentación.

Resultados

Se contabilizaron un total de 49 PAC⁹, los cuales se obtuvieron de Gracia^{10,11}; quien recopila y clasifica 18 procedimientos representativos en bioética, incluyendo

su propia propuesta de procedimiento. También un estudio reciente¹² selecciona (desde varias bases de datos y metabuscadores) 21 modelos de procedimientos para el análisis de casos^e. Por último, se encontraron 10 procedimientos más en las diversas fuentes de búsqueda previamente mencionadas.

De todos los modelos encontrados, solo 14 mencionan en sus pasos la argumentación y/o la deliberación¹⁰⁻²⁰. De estos, solo cuatro mencionan tanto la argumentación como la deliberación entre sus pasos (Tabla 1). Cabe señalar que de los 14 PAC hay, por lo menos, cuatro que han sido ampliamente difundidos y utilizados para los CHB, pues resaltan entre sus pasos hechos clínicos, circunstancias específicas de los pacientes y valores que pueden estar confrontados. Además, mantienen una fuerte preocupación por resolver conflictos. Son los siguientes:

- Procedimiento de ética clínica que proponen Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade (1982)²¹, quienes formulan cuatro parámetros basados en las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales para la reflexión y resolución de problemas prácticos.
- Procedimiento de toma de decisiones clínicas que consta de 10 pasos propuesto por Edmund Pellegrino, David Thomasma y Mark Siegler (1984)²². Se caracteriza por presentar sus pasos en forma de preguntas dirigidas.
- Procedimiento casuístico formulado por Albert Jonsen y Stephen Toulmin (1988)¹⁵, quienes optan por dar prioridad a los razonamientos inductivos.

⁹Hay otros criterios de selección. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: 1) aquellos procedimientos que se encontrarán en fuentes de acceso abierto; 2) se tomó en cuenta que fueran en español e inglés; 3) se seleccionaron aquellas publicaciones que dieran resultado exitoso con los descriptores; 4) que los procedimientos se puedan aplicar a los CHB, y 5) que consideren entre sus pasos, por lo menos, hechos o datos, o problema/dilema/conflicto, o prescripciones, o decisión/elección o argumentación/deliberación. Se excluyeron: 1) aquellos en los que el procedimiento no estuviera traducido al inglés y 2) aquellos en los que las fuentes secundarias presentaron información incompatible con las fuentes originales.

⁹Es indispensable señalar que en los 49 PAC encontrados, la deliberación se menciona como parte de los pasos que seguir, y en el caso de la deliberación argumentativa, la deliberación es en sí misma un procedimiento. De ahí que haya una diferencia entre lo que se entiende por deliberación en los PAC y el modo en cómo se presenta desde la perspectiva de la argumentación.

^eHay algunos procedimientos que se repiten tanto en la obra de Gracia como en el artículo de Ruiz-Cano et al.¹⁰, de ahí que solo se registraron desde la fuente que lo presenta de forma más elaborada. Tal es el PAC de Bochum, que se encuentra en ambas fuentes, pero se seleccionó la clasificación de Gracia. También se descarta el procedimiento de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW por sus siglas en inglés y FITS por sus siglas en español). La IFSW y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social elaboraron el documento *Ética en el trabajo social, declaración de principios* (2004), que contiene el principio de derechos humanos y dignidad humana, del cual se desprenden otros principios como la justicia social. Cabe mencionar que este no es propiamente un modelo de procedimientos para la toma de decisiones éticas, sino un código de conducta. De ahí que queda descartada esta opción y la interpretación de presuntos pasos. Además, vale la pena aclarar que hay diversos procedimientos que han corregido y aumentado su propuesta, como el trabajo de Thomasma en 1978 y luego en 1990, Pellegrino en 1984 y 1987, Gracia en 1989 y 2001.

Tabla 1. Procedimientos de análisis de casos

Procedimiento	Año	Argumentación	Deliberación
McCullough	1978	X	
Rest	1979		X
Pellegrino	1984	X	
Bochum. Sass y Viefhues	1987	X	
Drane	1988	X	
Jonsen y Toulmin	1988	X	X
Gracia	1991	X	X
Lo	1995	X	
Nijmegen	2003	X	X
Engelhardt	2007	X	
Childress	2007		X
Montero y Morlans	2009	X	X
Anguita	2013		X
Schmidt	2013	X	X

- Procedimiento clínico-deliberativo propuesto por Diego Gracia (1989-1991)^{8,9}, quien inicialmente propone un enfoque jerarquizado de valores y, posteriormente, considera una propuesta axiológica ampliada desde la fenomenología de los valores.

Discusión

Estos PAC, aunque señalan como parte de sus pasos la argumentación o cómo será la deliberación, no obstante, no indican de qué modo se puede argumentar y tampoco se señala de qué modo se habrá de conducir la deliberación.

Además, cabe resaltar que todos los PAC que existen mencionan entre sus pasos lo que considero como elementos indispensables previos a la deliberación. De ahí que denomino esto como «condiciones óptimas para la deliberación argumentativa»⁹: 1) presentación del caso (descripción de la enfermedad, propósito que tratar, agentes y pacientes morales, y contexto relevante); 2) los interlocutores que van a deliberar (quienes deben contar con conocimiento, habilidades y actitudes), y 3) lugar para deliberar^f y tiempo para

^fSe refiere al espacio en el que se reúnen los integrantes del comité para llevar a cabo las sesiones en las que se tratan los casos. El lugar puede ser presencial o virtual.

deliberar^{9g}. Estos componentes son preliminares en el proceso de deliberación, pues son los insumos que se requieren para saber cómo conducir el diálogo, pero no son en sí mismos pasos, sino elementos constitutivos previos a la deliberación. De ahí que la propuesta del procedimiento deliberativo de Walton^{5h} adaptada y ampliada²³ permite su aproximación y aplicación para el análisis de casos de los CHB (Tabla 2).

Conclusiones

Los estudios recientes en la argumentación permiten plantear una propuesta globalⁱ que conecte con la bioética; al menos en este texto se intenta aproximar la teoría a la función consultiva que caracteriza a cualquier CHB. En este trabajo se investigaron y contabilizaron todos los PAC que existen para saber si entre sus pasos incluyen la argumentación y/o la deliberación. Además, se enuncian aquellos modelos que han sido ampliamente difundidos y la razón por la que se consideran comunes. Se destaca que, aunque haya PAC que mencionen la argumentación y/o la deliberación, no obstante, no indican de qué modo se logra la actividad argumentativa y tampoco de qué modo se desplegará la deliberación como procedimiento. De ahí que se intenta aproximar y adaptar la propuesta

^gSe refiere al momento en el que se lleva a cabo la deliberación y análisis de casos. Es indispensable establecer la prioridad y celeridad según amerite la urgencia del caso. Si se tiene poco tiempo, entonces la deliberación debe centrarse en el problema central y de forma expedita emitir recomendaciones. En cambio, si se tiene tiempo, entonces la deliberación puede ser profunda y detallada y las recomendaciones pueden ampliarse.

^hLa propuesta de Walton se dirige a clasificar los distintos tipos de diálogo según su propósito inicial, sus requisitos y su evaluación. Señala que existen seis tipos de diálogo: persuasión, búsqueda de información, negociación, erístico, investigación y deliberación. Dichos diálogos pueden ser mixtos y los interlocutores deben acordar sus mecanismos para transitar de uno a otro o combinarlos; esto se conoce como movimiento legítimo. Sin embargo, existen diálogos que no deberían conjuntarse y Walton señala este movimiento como ilegítimo. Considero que, para el caso de la deliberación, esta no debería participar de la persuasión ni de la erística o de la negociación en el análisis de los casos, pues su propósito inicial se desvirtúa. La deliberación, entendida desde la nueva dialéctica, se caracteriza por sistematizar la argumentación de los interlocutores para buscar algún curso de acción prudente en una situación entendida como problemática.

ⁱAl menos en tanto que en las sociedades promueven la participación de interlocutores en procesos de diálogos deliberativos.

Tabla 2. Procedimiento deliberativo-argumentativo para el análisis de casos*

Pasos	Descripción
1. Apertura	Planteamiento de una pregunta rectora sobre lo que se debe hacer (la pregunta dará cuenta del problema o dilema bioético)
2. Informar	Discusión de: La cuestión rectora Metas deseables Cualquier restricción sobre las posibles acciones Perspectivas desde las cuales se pueden evaluar las propuestas Cualquier premisa (hecho) relevante para esta evaluación
3. Proponer	Sugerir posibles opciones de acción adecuadas a la pregunta rectora
4. Considerar	Comentar propuestas desde varias perspectivas (ya sea desde teorías éticas y/o enfoques en bioética y señalar los distintos argumentos y contraargumentos que caracteriza cada perspectiva)
5. Revisar	Revisión de: La cuestión rectora Metas Limitaciones Perspectivas Opciones de acción a la luz de los comentarios presentados, y la realización de cualquier información o verificación de hechos indispensables para la resolución
6. Recomendar	Recomendar una opción de acción y aceptación o no aceptación de esta recomendación por parte de cada participante (es indispensable que cada quien exponga su posicionamiento con su respectiva justificación)
7. Confirmar	Confirmar la aceptación de una opción recomendada por cada participante (en este paso se abre paso al consenso)
8. Cierre	Cierre del diálogo deliberativo (señalar los acuerdos logrados y los desacuerdos expuestos que serán tratados posteriormente)

*Elaboración y adaptación a partir de la propuesta deliberativa de Walton. Lo que encuentra entre paréntesis corresponde a las adaptaciones hechas por el autor de este estudio.

deliberativa de Walton para contribuir a una sistematización en el ejercicio del diálogo deliberativo que caracteriza a los CHB.

Ya para finalizar, es conveniente destacar que aún hay temas pendientes que sugieren futuros estudios: a) explorar cómo argumentan y deliberanⁱ los integrantes de los CHB para contrastar los procesos deliberativos en la práctica; b) orientar y sugerir sobre la diversidad de herramientas argumentativas que existen y que pueden ser útiles a los CHB y, por último, c) orientar y retroalimentar sobre los diversos conocimientos, habilidades y actitudes favorecedoras para la argumentación y deliberación, por ejemplo, facilitar y difundir una lectura comprensible y didáctica de los diversos procedimientos para el análisis de casos; en particular esta propuesta de deliberación-argumentativa.

ⁱExplorar cómo argumentan y deliberan los interlocutores no significa dar por hecho que ya cuentan con la habilidad (como si fuera algo innato); tampoco significa negar dichas habilidades comunicativas en los interlocutores (se puede aprender). La dirección de este estudio pendiente es indagar y analizar cómo se hacen intercambios argumentativos, cómo razonan, cómo apoyan sus puntos de vista, cómo dan cuenta de los valores confrontados, por mencionar algunos ejemplos.

Financiamiento

La autora declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Vega L. Si de argumentar se trata. Madrid, España: Montesinos; 2003.
2. Bordes M. Las trampas de circe: falacias lógicas y argumentación informal. Colección Teorema. Madrid, España: Cátedra; 2011.

3. Häyry M, Takala T, Herrysone-Kelly P, Árnason G. Arguments and Analysis in Bioethics. Value Inquiry Book Series, 214. EE.UU., Nueva York: Brill Academic Pub; 2010.
4. Walton D, Toniolo A, Norman TJ. Proceedings of the 11th International Workshop on Argumentation in Multi-Agent Systems. Missing phases of Deliberation Dialogue for Real Application [Internet]. University of Windsor, Scholarship at UWindsor; 2014. Disponible en: <https://scholar.uwindsor.ca/crrarpub/23/>
5. Walton D. Ethical Argumentation. EE.UU., Boston: Lexington Books; 2003.
6. Vega L. Deliberación. En: Vega L, Olmos P (eds.). Compendio de lógica, argumentación y retórica. España, Madrid, Trotta; 2011. pp. 177-182.
7. Hansen F. Consumer choice behavior. New York (NY): The Free Press; 1972.
8. Guevara LU, Altamirano BN, Altamirano BM. Bioética en tiempo real: los dilemas éticos en la prestación de servicios de salud. *Comités Hospitalarios en Bioética. Gac Conbioética.* 2017;6(27):27-31.
9. Patiño II. La deliberación en los comités de bioética [tesis doctoral en internet]. [Ciudad de México]: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000847118>.
10. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid, España: Eudema; 1989.
11. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2.ª Edición. Madrid, España: Triacastela; 1991.
12. Ruiz-Cano J, Cantú-Quintanilla G, Ávila-Montiel D, Gamboa-Marrufo JD, Juárez-Villegas LE, de Hoyos-Bermea A, et al. Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Bol Méd Hosp Infant Méx.* 2015;72(2):89-98.
13. McCullough L. Addressing ethical dilemmas: an ethics workshop. *Forum on Medicine*, 1978.
14. Rest J. Development in judging moral issues. EE.UU., Mineapolis: University of Minnesota Press; 1979.
15. Jonsen A, Toulmin S. The abuse of casuistry: a history of moral reasoning. EE.UU.: California: University of California Press; 1988.
16. Lo B. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. EE.UU., Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
17. Childress JF. Methods in Bioethic. En: Steinbock B (ed.). *The Oxford Handbook of Bioethics.* EE.uu., Nueva York: Oxford University Press; 2007. pp. 15-45.
18. Montero DF, Morlans MM. Para deliberar en los Comités de Ética. España, Barcelona: Fundación Doctor Robert y Sanofi Aventis; 2009.
19. Anguita MV. La presentación de casos clínicos al Comité de Ética Hospitalaria. En: León C, Simó RM, Schmidt HL, Anguita V (eds.). *Análisis de casos ético-clínicos. Experiencias de los Comités de Ética Asistencia en España y Latinoamérica.* Chile, Santiago de Chile: Felaibe; 2013. pp. 14-24.
20. Schmidt HL. Método de análisis holístico e interpretación de casos bioéticos. En: León C, Simó RM, Schmidt HL, Anguita V (eds.). *Análisis de casos ético-clínicos. Experiencias de los Comités de Ética Asistencia en España y Latinoamérica.* Chile, Santiago de Chile: Felaibe; 2013. pp. 30-63.
21. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. 5.ª España, Barcelona: Ed. Ariel; 1982.
22. Pellegrino ED, Thomasma DC, Siegler M. Clinical analysis of ethical dilemmas. Sesión clínica grabada y distribuida por Network for Continuing Medical Education; 1984.
23. Patiño I, Muro C. La deliberación como herramienta argumentativa para la educación en bioética. *Bios Papers.* 2022;2:21-9.

Aspectos éticos en la comunicación de malas noticias en cuidados paliativos

Ethical aspects in communicating bad news in palliative care

Luz A. Templos-Esteban* y Martha E. Vázquez-Navarro

Clínica de Dolor y Cuidados paliativos, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Tlalpan, Ciudad de México, México

Resumen

La comunicación de malas noticias es vital en cuidados paliativos. A menudo los profesionales de la salud se enfrentan a diagnósticos complejos, con pronóstico de vida limitado, y es frecuente que no se cuente con las herramientas para comunicar de manera clara, eficaz y asertiva esas noticias. Debe recordarse que es obligación del médico comunicar las malas noticias con sensibilidad, respeto y empatía, respetando siempre los principios de bioética.

Palabras clave: Comunicación. Malas noticias. Bioética.

Abstract

Communicating bad news is vital in palliative care. Healthcare professionals often face complex diagnoses with limited life expectancy, and they often lack the tools to communicate this news clearly, effectively, and assertively. It must be remembered that it is the physician's obligation to communicate bad news with sensitivity, respect, and empathy, always adhering to the principles of bioethics.

Keywords: Communication. Bad news. Bioethics.

***Correspondencia:**

Luz A. Templos-Esteban

E-mail: luzadrianatemplos@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-03-2025

Fecha de aceptación: 15-05-2025

DOI: 10.24875/GCB.25000007

Disponible en línea: 05-06-2025

Gac Conbioet. 2025;14(52):35-38

www.gacetaconbioetica.com

Los cuidados paliativos se ocupan del estudio y tratamiento de los pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada para los que el pronóstico de vida es limitado y el objetivo del cuidado es la calidad de vida. Comprende los tratamientos y cuidados transdisciplinarios destinados a aliviar el sufrimiento y mejorar el confort cuando un tratamiento con intención curativa es inapropiado. Se requieren implementar los servicios de cuidados paliativos con equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios¹.

Los objetivos de los cuidados paliativos en los que se ven implicados los procesos de la comunicación son los siguientes:

- Establecer las metas de tratamiento de acuerdo con las preferencias del paciente para su vida, informando sobre el diagnóstico, pronóstico y evolución del padecimiento.
- Mantener la comunicación entre el paciente, su familia o cuidadores y todo el equipo médico involucrado en el tratamiento de su enfermedad².

La comunicación de malas noticias a menudo es deficiente debido a una formación inadecuada durante la formación médica. Incluso, en algunas ocasiones, los médicos se sienten incómodos durante el proceso de comunicación y esto se ve reflejado en el proceso de relación médico-paciente³.

Dar malas noticias es un tema de preocupación ética en el área de la salud, si bien se ha documentado en varios niveles la implicación de malas noticias, es un área que requiere de más investigación y aplicarlo en otras poblaciones, por ejemplo, en la comunidad indígena⁴.

Las mejores prácticas de comunicación incluyen comprender la importancia de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes, así como los vínculos familiares, en el proceso de atención médica, y brindar a los pacientes una gama completa de opciones de tratamiento viables, incluyendo esperanza, consejos claros y orientación cuando la situación lo requiera⁵.

«Comunicación» proviene del latín *communicatio-nis*, es la acción y efecto de comunicar o comunicarse entre dos o más personas. Es un proceso fundamental en las relaciones entre los seres humanos. Se denomina lenguaje a la facultad que tiene cada ser humano de expresarse y comunicarse con los demás por medio del sonido articulado o de otros sistemas de signos. El lenguaje verbal puede ser oral y escrito, mientras que el no verbal se refiere a gestos, expresión facial y corporal, entre otros⁶.

Es necesario el buen uso de todas las formas de lenguaje, pues lo contrario puede llevar a errores e

imprecisiones en el significado de lo que se desea informar. Ese lenguaje, por supuesto, pasa a ser también la principal fuente de información, no solo entre médicos y personal de salud, sino para los pacientes y el público en general. Por ejemplo, el lenguaje no verbal del paciente también forma parte esencial de su forma de comunicación con el médico, ya sea un gesto de dolor, una actitud retraída o abierta durante la consulta, una mirada en el que su respuesta verbal deberá ser interpretada como duda y recelo por el médico, o, por el contrario, la mirada entregada de quien confía ciegamente en la opinión del que para el momento es su médico⁷. Como personal de salud comunicamos situaciones cruciales para la vida del paciente y la familia, como, por ejemplo: «Usted tiene cáncer», «El abdomen está congelado», «Está grave, pero estable», «Tenemos que intubar», «Está en etapa terminal», «Los pacientes en urgencias y terapia intensiva siempre están graves», «Su hijo viene mal».

Hay que recordar que la comunicación inadecuada es de manera frecuente la causa principal de demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Una mala noticia se define como aquella que altera o cambia la perspectiva del paciente y su familia de manera drástica y negativa; causa alteración emocional de forma adversa o grave, y afecta su visión futura.

Existen diversos problemas en la comunicación: la protección ante la respuesta agresiva del paciente en función de la seguridad física, reputación y aspectos legales contra el médico, y la exigencia del paciente de más información sobre su enfermedad, debido al fácil acceso a los medios de comunicación. Esto ha generado la realización de manuales, protocolos y cursos; e incluso se han modificado leyes o reglas para dar las malas noticias. No obstante, muchos profesionales de la salud siguen teniendo dificultades para abordar situaciones en las cuales la comunicación se hace especialmente difícil, por ejemplo, en transmitir un diagnóstico fatal, o hacerse cargo de emociones muy intensas. Esto puede suscitar respuestas emocionales negativas o un distanciamiento defensivo debido a los sentimientos intolerables que experimenta el profesional. Un error común es informar directamente a los familiares en vez de al enfermo, ya que pareciera que estos pueden tener un mayor control emocional y ellos decidir qué cosas informarle al enfermo, quitando así la responsabilidad que el médico tiene para su paciente⁸.

Respecto a proporcionar información sobredimensionada, desde el principio bioético de no maleficencia, el médico tiene la responsabilidad de informar las condiciones reales del diagnóstico y pronóstico del

paciente, por lo que tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de iatrogenia, es decir, la alteración (especialmente negativa) del estado del paciente, producida por el médico.

Otra deficiencia es brindar información breve, principalmente en médicos recién graduados y estudiantes. En ocasiones, los pacientes no solicitan información por temor al pronóstico o porque simplemente no quieren estar enterados de lo que les sucede; en estos casos, el cuidador o los familiares son los que tienen que indagar cuál es el estado del paciente. En ciertas situaciones, los médicos proporcionan información rápida y breve sobre el estado del enfermo, a pesar de saber la obligación de informar al paciente y a los familiares, con frecuencia se sienten inhibidos y bloqueados porque no saben qué hacer ante la muerte de sus pacientes. Quizá por esta razón algunos médicos decidan comunicar de manera rápida a los familiares la muerte próxima del paciente o no expliquen adecuadamente los riesgos o beneficios de los procedimientos, ya que no tienen los elementos necesarios para enfrentar estas situaciones⁹.

Desde el principio bioético de no maleficencia, beneficencia y autonomía, el médico tiene la responsabilidad de informar las condiciones reales del diagnóstico y pronóstico del paciente.

Decir la verdad acerca del estado de salud de un paciente es una tarea difícil y se trata de esconder la verdad para no causar daño, sin embargo, el médico tiene el deber de informar de forma fidedigna, con compasión, inteligencia, sensibilidad y compromiso de permanecer junto a su paciente después de que se haya revelado la realidad^{10,11}.

Los principios de la bioética implicados en la comunicación en cuidados paliativos se muestran en la [tabla 1](#).

El protocolo Spikes, desarrollado por Barley Buckman, en la Universidad de Toronto, es el más utilizado para dar malas noticias en contextos clínicos. Consiste de lo siguiente^{10,12}:

- *Setting up* (preparación, configuración): preparar el entorno sin interrupciones, a fin de respetar la privacidad e intimidad del informado y la preparación profesional.
- *Perception* (percepción): adecuar la información y explicar, con base en lo que sabe el paciente y lo que comprende. Manejo de la comunicación verbal y no verbal.
- *Invitation* (invitación): obtener la información y lo que desea saber el paciente.
- *Knowledge* (conocimiento): uso del vocabulario adecuado sin tecnicismos en la entrega de información.

Tabla 1. Principios de la bioética implicados en la comunicación en cuidados paliativos

Acción	Principio
Consentimiento informado Directrices/voluntades anticipadas Conspiración del silencio	Autonomía
Protocolo de malas noticias	Beneficencia
Vulnerabilidad	Justicia
Comunicación de malas noticias Directrices/voluntades anticipadas Conspiración del silencio	Veracidad
Atención al enfermo y respeto a sus preferencias	No abandono

- *Emotions* (emociones): mostrar empatía y emociones del médico al paciente y/o familia.
- *Strategy and summary* (plan y resumen): se trata de disminuir la ansiedad, responder a las emociones y sentimientos del paciente y/o familia, además de tener un plan futuro.

Conclusiones

Una posible explicación de la falta de comunicación es que, aunque el médico tenga claros sus principios éticos, es decir, la obligación de informar al paciente y a los familiares, con frecuencia se siente inhibido y bloqueado porque no sabe qué hacer. También puede ocurrir que no tenga entrenamiento para contener emocionalmente a los pacientes. El deterioro de la relación médico-paciente, la subvaloración del interrogatorio y del examen físico y la sobrevaloración de la tecnología son los aspectos que más afectan el ejercicio de la práctica médica.

Se requieren estrategias y entrenamiento de los profesionales de la salud para mejorar la comunicación aplicando los principios éticos.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a sus pacientes que les permiten seguir cuidando de ellos, y al equipo de cuidados paliativos que hacen realidad esos cuidados.

Financiamiento

Las autoras declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Las autoras declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Díaz M, Alvizu K, Dávila G, Silva S, Lessire L, Díaz LA. Lenguaje y comunicación del médico con el paciente: revisión sistemática. *Salus*. 2022;26(3):23-3.

2. Conoce los 10 derechos generales de los pacientes [Internet]. Gobierno de México, Secretaría de Salud; 11 de febrero de 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico [sede web]. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed>.
4. Tacumá Prada CP, Tovar Riveros BE. La relación entre bioética y salud pública. *Rev Latinoam Bioet*. 2021;21(2):143-56.
5. Ordóñez Vázquez NA, Monroy Nasr Z. Comunicación médico-paciente en enfermos de cáncer en etapa terminal. *Rev Latinoam Bioet*. 2021; 21(2):11-24.
6. Pastor López MM. Cómo comunicar malas noticias. Programa formativo para profesionales de la salud [Internet]. Repositorio institucional UIB; 2023 [fecha de publicación en el repositorio: 15/04/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11201/165365>.
7. Consejo de Salubridad General. Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. *Diario Oficial de la Federación* [Internet]. 2018 ago 14 [citado 2025 may 28]. Disponible en: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5534718>.
8. Llaca García E, Templos LA. La pandemia de Covid-19 en México: el papel fundamental de los cuidados paliativos y de la bioética. *Medicina y Ética*. 2021;32(1):179-95.
9. Brouwer MA, Maeckelberghe ELM, van der HA, Hein IM, Verhagen EAAE. Breaking bad news: what parents would like you to know. *Arch Dis Child*. 2021;106(3):276-81.
10. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;103(8):1623-9.
11. Cassim S, Kidd J, Keenan R, Middleton K, Rolleston A, Hokowhitu B, et al. Indigenous perspectives on breaking bad news: ethical considerations for healthcare providers. *J Med Ethics*. 2020;47(12):e62-e62.
12. Mailankody S, Rao SR. "PENS" approach for breaking bad news-a short and sweet way! *Support Care Cancer*. 2020;29(3):1157-9.

Desafíos bioéticos frente a la resistencia antimicrobiana y la salud ambiental

Bioethical challenges in the face of antimicrobial resistance and environmental health

Cristhian Alvarado-Valencia

Coordinación de Investigación e Innovación de la División de Ciencias de la Salud, Tecnológico Universitario Playacar, Playa del Carmen, México

Resumen

El progreso de la ciencia requiere una constante actualización, sin embargo, diversos factores dificultan el avance científico dentro del marco bioético, que deberían regir dicho desarrollo. A medida que emergen nuevas tecnologías, avances médicos y mejoras en técnicas existentes, también se presentan desafíos bioéticos que deben ser tratados y solucionados. No obstante, este progreso resulta insuficiente si la sociedad insiste en ignorar las consecuencias de sus acciones. Es fundamental considerar el papel de las instituciones de salud y ambientales en la supervisión, regulación y control de la resistencia a los antimicrobianos (RAM), así como de todas aquellas involucradas en la protección del entorno. La RAM repercute directamente en la salud humana, generando problemas significativos de salud pública.

Palabras clave: *Bioética. Nuevas tecnologías. Resistencia antimicrobiana.*

Abstract

Scientific progress requires constant updating; however, various factors hinder scientific advancement within the bioethical framework that should govern such development. As new technologies, medical breakthroughs and improvements in existing techniques emerge, bioethical challenges also arise that must be addressed and resolved. However, this progress is insufficient if society persists in ignoring the consequences of its actions. It is essential to consider the role of health and environmental institutions in the monitoring, regulation, and control of antimicrobial resistance (AMR), as well as of all those involved in environmental protection. AMR directly impacts on human health, generating significant public health problems.

Keywords: *Bioethics. New technologies. Antimicrobial resistance.*

Correspondencia:

Cristhian Alvarado-Valencia
E-mail: alvarado.vc1008@gmail.com

Fecha de recepción: 25-03-2025
Fecha de aceptación: 15-05-2025
DOI: [10.24875/GCB.25000006](https://doi.org/10.24875/GCB.25000006)

Disponible en línea: 05-06-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):39-41
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2025 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La resistencia antimicrobiana como problema global

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) se produce cuando los microorganismos (bacterias, hongos, virus y parásitos) desarrollan resistencia tras verse expuestos a los antimicrobianos (p. ej., antibióticos, antifúngicos, antivíricos, antipalúdicos o antihelmínticos). Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como ultrarresistentes¹. Los organismos resistentes a los antimicrobianos están presentes en las personas, los animales, los alimentos, las plantas y el medio ambiente (agua, suelo y aire)². Cuando los antibióticos se vierten en la tierra y en fuentes de agua, las cepas bacterianas resistentes pueden emerger en el medio ambiente, con el riesgo de infectar a los animales y a los humanos con los que entran en contacto. De manera similar, las bacterias resistentes a los antibióticos provenientes de animales tratados pueden estar presentes en el estiércol y diseminarse en el medio ambiente y en la fauna silvestre³. El consumo indiscriminado de antibióticos sin un control adecuado no solo pone en riesgo la salud humana, sino también la de otras especies con las que el ser humano coexiste, afectando así los ecosistemas y por ende la biodiversidad global.

Implicaciones en la salud pública

Las enfermedades transmitidas por alimentos afectan a una de cada 10 personas anualmente y la *Salmonella* es una de las principales causas. La prevención de la salmonelosis depende de estrictas medidas de higiene alimentaria y la vigilancia epidemiológica⁴. Fabiola Méndez menciona que «tenemos una gran resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en el grupo de las enterobacterias, entre las que se cuentan *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*»⁵. Para combatir la RAM, la prevención juega un papel fundamental. Iniciativas como la Semana Mundial de Concientización sobre la RAM, establecida dentro del Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos, buscan visibilizar la problemática y establecer estrategias efectivas para su control y mitigación.

Responsabilidad bioética de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud constituyen la primera línea en la regulación y uso adecuado de los antibióticos. Sin embargo, surge una interrogante clave: ¿están

las intervenciones médicas actuales considerando adecuadamente los principios bioéticos en la preservación de la vida? Es imprescindible aplicar los principios básicos de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) al momento de indicar un tratamiento. Los profesionales de salud deben estar conscientes de las consecuencias de prescribir antibióticos sin realizar los procesos de diagnósticos correspondientes. A pesar de los avances como la espectrometría de masas, que ha acelerado la identificación de bacterias y hongos, así como el reconocimiento de la susceptibilidad antimicrobiana, las pruebas siguen dependiendo en gran medida de los cultivos. Por esta razón, el tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro se continúa iniciando de forma profiláctica y empírica hasta tener la información bacteriológica definitiva⁶.

La prescripción adecuada es posible si el profesional con conocimientos, basados en información actualizada e independiente, y con la destreza necesaria, es capaz de identificar los problemas del paciente, lo que le permitirá seleccionar un esquema terapéutico adecuado⁷. Las necesidades sociales, económicas y culturales, así como los niveles educativos, deben considerarse en el proceso de prescripción médica. María José Cecilia (2017) declaró que casi el total de los alumnos admite la automedicación con analgésicos y es de destacar la automedicación con antibióticos (13.6%) utilizados para situaciones clínicas poco definidas⁸. Tanto las personas con bajo nivel académico como estudiantes de áreas de la salud e incluso profesionistas pueden incurrir en la automedicación para evitar los gastos asociados a los servicios de salud, sin conocer el impacto de sus acciones. Por ello es fundamental que la sociedad comprenda la importancia del uso racional de estos medicamentos.

Financiamiento

La realización del presente estudio no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que utilizaron ChatGPT para la redacción y corrección de ortografía y gramática de este manuscrito.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 mar 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/resistencia-antimicrobianos>.
2. Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 mar 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
3. Organización Mundial de Sanidad Animal. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. París: OMSA; 2023 [citado 2025 mar 14]. Disponible en: <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/resistencia-a-los-antimicrobianos/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Salmonella (no tifoidea) [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2025 mar 7]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal)).
5. Méndez F. Resistencia a los antimicrobianos, una amenaza que crece [Internet]. Ciudad de México: Gaceta UNAM; 2024 [citado 2025 mar 9]. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/resistencia-a-los-antimicrobianosuna-amenaza-que-crece/>.
6. Isaías-Camacho JO, Salinas-Lezama E, Rodríguez-Weber FL, Díaz-Greene E. Prescripción racional de antibióticos: una conducta urgente. *Med Interna Méx.* 2018;34(5):762–70 [citado 2025 mar 11].
7. Ministerio de Salud (Perú). Manual de Buenas Prácticas de Prescripción [Internet]. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; 2005 [citado 2025 mar 12]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1431.pdf>.
8. Cecilia MJ, García-Estaño J, Atucha NM. La automedicación en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educ Med.* 2018;19(5):277–82 [citado 2025 mar 12].

Conversación con el Dr. Erick Valdés Meza

Conversation with Dr. Erick Valdés Meza

CONBIOÉTICA

El pasado 15 de mayo del 2025, la Comisión Nacional de Bioética tuvo la oportunidad de conversar con el Dr. Erick Valdés Meza, experto en Bioética y Bioderecho, quien se desempeña como Profesor Investigador en el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad del Desarrollo, en Santiago (Chile), y como Profesor adjunto de Filosofía, en la Universidad de Georgetown, en Washington DC (EE.UU.).

El Dr. Valdés compartió sus intereses tanto en el ámbito de la investigación como en el del trabajo académico. Aunado a lo anterior, destaca su reciente participación en la traducción al español de la octava y última edición (2019) de la obra fundamental de Tom Beauchamp y James Childress: *Principios de ética biomédica*. Esta traducción es el resultado de un proceso de colaboración intelectual, que representa no solo una valiosa contribución académica, sino también la amistad entre los autores del libro y el Dr. Valdés, como él mismo lo relata.

¿Cuál es su concepción sobre la integración de la bioética, la ética ambiental y el bioderecho en el contexto de las crisis globales actuales?

Ha existido mucha confusión epistemológica entre bioética y bioderecho. Mi énfasis ha sido situar a cada uno en el lugar que le corresponde y aclarar ciertos aspectos epistemológicos y metodológicos de ambos campos. El bioderecho, en particular, proporciona ciertos marcos normativos que permiten operativizar ciertas preocupaciones éticas.

La integración disciplinaria para abordar conflictos morales, y sobre todo cuando se tiene que deliberar bajo incertidumbre normativa o bajo incertidumbre moral, es una necesidad urgente en las crisis globales actuales. Existe una conexión natural entre bioética, bioderecho y los aspectos medioambientales. En este sentido, ese diálogo permite entender que la salud humana está intrínsecamente ligada a la salud del planeta.

La articulación virtuosa no tiene que ser solamente entre bioderecho, bioética y ética medioambiental, sino también, por ejemplo, con la economía, especialmente con el concepto de economía sustentable, lo cual parece ser un oxímoron. Las intersecciones interdisciplinarias son completamente necesarias para abordar la conflictividad contemporánea, que obedece fundamentalmente a una época completamente tecnificada, donde los conflictos éticos y jurídicos que surgen son completamente inéditos, o sea, no son conflictos que el derecho tradicional o la ética tradicional abordarían antes porque este tipo de conflictos no existían. Esta es la razón quizás de la evolución hacia la bioética y el bioderecho.

Uno de los temas que aún se discuten es la relación del hombre con la naturaleza, como un antropocentrismo o un biocentrismo, ¿cuál es su opinión sobre esta distinción?, ¿han sido superadas estas concepciones dualistas?

El antropocentrismo no se ha superado. La ética medioambiental como marco disciplinario no ha logrado de

Correspondencia:
CONBIOÉTICA
E-mail: gac.conbioetica.mexico@gmail.com

Fecha de recepción: 15-05-2025
Fecha de aceptación: 23-05-2025
DOI: 10.24875/GCB.M25000012

Disponible en línea: 07-07-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):42-46
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2025 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

manera justificada y robusta argumentar a favor de un estatuto moral propio para la naturaleza. En general, las justificaciones para cuidar el medioambiente se centran en que nos va a beneficiar como especie; esto sigue siendo antropocentrismo. El día que nosotros logremos justificar un estatuto moral propio para el medioambiente, ahí recién podremos hablar de biocentrismo.

En este sentido, si vamos a establecer una dicotomía, una dualidad, yo corregiría antropocentrismo y ecocentrismo. El biocentrismo es una integración de lo humano y de lo extrahumano, por lo que representa una constelación virtuosa. El ecocentrismo no, porque comete el mismo error ideológico que el antropocentrismo.

El antropocentrismo coloca al ser humano como la cúspide de toda la realidad y, por su parte, el ecocentrismo o la ecología profunda o la ecosofía privilegian al medioambiente en desmedro de otras especies. Ambas son visiones ideológicas. La perspectiva biocéntrica es integradora porque no coloca ni al medioambiente ni al ser humano en una cúspide ontológica. Simplemente lo integra de una manera más virtuosa.

En su experiencia, ¿qué desafíos éticos emergen con más fuerza en la investigación científica contemporánea, especialmente en relación con el uso de tecnologías disruptivas como la inteligencia artificial, la edición genética o los macrodatos en salud?

Creo que el desafío actual más importante es la dificultad que existe para generar gobernanza anticipatoria de estas tecnologías disruptivas, y este no es solamente un desafío metodológico o técnico, sino ético.

La gobernanza anticipatoria genera modelos para razonar bajo incertidumbre. Por otra parte, el principio de precaución nos sugiere que cuando existe incertidumbre razonemos en virtud de no hacer nada, de paralizar la acción. La gobernanza anticipatoria propone, en cambio, que cuando halla incertidumbre debemos deliberar bajo dicha incertidumbre y tomar, de todas maneras, una decisión. Esa es una diferencia crucial, entendida de manera simple. Por eso no hablo del principio de precaución, hablo de gobernanza anticipatoria, de modelos de gobernanza anticipatoria.

Por otro lado, no deberíamos seguir entendiendo la autonomía individual, la autodeterminación y la privacidad en términos tradicionales. Antes decían «yo quiero mantener mi número de cédula de identidad en la privacidad, que nadie sepa cuánto dinero tengo en el banco», pero ahora, ¿qué pasa con la privacidad de tus datos genéticos?, los nuevos desafíos que emergen del potenciamiento tecnológico contemporáneo nos

interpelan a reconfigurar y redefinir conceptos clave de la bioética occidental. Por esta razón, en la época actual, el desafío ético es mayor, porque no tiene que ver solamente con cuestiones morales, sino también con cuestiones políticas, lo cual comúnmente envuelve estos temas en la opacidad.

En cuanto al ejemplo paradigmático de la pandemia de COVID-19, que en muchos lugares del mundo tuvo una atención mediática y pública, más allá de lo político, ¿qué opina sobre la atención pública que se tiene al respecto?, ¿hubo un cambio de percepción o solo se «pasó la hoja»?

Yo creo que algo quedó de la pandemia, sobre todo en la investigación académica. Después de la pandemia, comienzan a surgir investigaciones sistemáticas, por ejemplo, sobre altruismo efectivo, sobre distribución de recursos escasos en pandemia o en catástrofes, así como investigaciones sobre *One Health*, sobre la supuesta era del antropoceno, etc. Algo cambió en la academia y algo también puede haber impactado en el ámbito político, pero no lo suficiente.

Pienso que lo que ocurrió en la pandemia fue una reacción de muchos actores sociales frente a los peligros que esto implicaba. Eso hizo pensar al ser humano sobre qué criterios éticos deberíamos seguir para distribuir recursos escasos. Si bien podemos rescatar alguna enseñanza de la pandemia, no ha sido lo suficientemente intensa como para que podamos afirmar que la sociedad cambió. De hecho, los imperativos a partir de los cuales se mueve la sociedad siguen siendo los mismos.

Desde una perspectiva del bioderecho, ¿cómo deben abordarse los conflictos entre la protección de derechos individuales y los intereses colectivos en salud pública o investigación clínica?

Desde el bioderecho, en la mayoría de los casos pensamos que esta situación debe resolverse con una mirada utilitarista, que significa que se debe hacer lo que beneficie a la mayor cantidad de individuos involucrados en el conflicto. En ese sentido *a priori*, lo social debería primar sobre lo individual, es algo así como un axioma. Evidentemente hay casos en que el criterio se puede excepcionar, pero en general la norma debería ser esa.

Cuando se presenta esta ecuación entre protección de derechos individuales y los intereses colectivos que están en juego en la sociedad, sería necesario encontrar también, en algunos casos, lo que podríamos llamar

un equilibrio dinámico, que partiría de la premisa de que, si bien los derechos individuales son fundamentales, no son absolutos, habría que encontrar esa suerte de equilibrio reflexivo. En salud pública, ante una pandemia, puede ser legítimo limitar ciertos derechos individuales para proteger bienes colectivos. Sin embargo, lo anterior debe ser proporcional y estar monitoreado democráticamente de manera permanente.

¿En qué consiste su propuesta de riesgo existencial? ¿Puede darnos un ejemplo de su aplicación en un caso de interés bioético?

El concepto de riesgo existencial es, en rigor, un concepto que comienza a hacerse popular con los trabajos de Nick Boston. Yo tengo una visión, digamos, parcialmente en sintonía con la de él. En general, el concepto de riesgo existencial es completamente novedoso, porque es tributario de las nuevas tecnologías. Por ejemplo, la Tierra siempre ha estado en riesgo de colisionar con un gran meteorito. Sin embargo, nunca se había pensado en otros tipos de riesgos que pueden poner en peligro la subsistencia o la supervivencia de la especie o de las especies en la Tierra, como la inteligencia artificial, la edición genética y el bioterrorismo, entre otros. El concepto de riesgo existencial ha venido a sistematizar y contextualizar estos asuntos.

Ahora bien, el riesgo existencial puede presentarse, no solo como la posibilidad de extinción de nuestra especie, sino también como una transición, en el sentido de que nos transformemos de alguna manera en otra especie, como se plantea en la filosofía del transhumanismo o del poshumanismo. Otras características de los riesgos existenciales es que son irreversibles (o sea, cuando se declaran ya es muy difícil revertirlos), son inexorables (es muy difícil también evitarlos), son devastadores (en términos de aniquilación de la vida) y son transtemporales (afectan el futuro a largo plazo). Ha surgido bastante epistemología e investigación sobre el tema de los riesgos existenciales. Sería muy importante extender el riesgo existencial no solo como una categoría epistémica, sino como una categoría ética, ya que aquellos riesgos podrían aniquilar o comprometer irreversiblemente las condiciones para la vida en su conjunto.

En entornos bioéticos, considerar la manipulación irresponsable de la biotecnología podría desencadenar consecuencias catastróficas a nivel especie. Un caso más concreto podría ser prohibir experimentos de edición genética, que busquen diseñar seres humanos mejorados, sin que medie una razón terapéutica para

ellos. Ahora, si la edición genética o cualquier otra práctica de biogenética es muy costosa, ¿cómo sería el acceso al beneficio?, ¿sería equitativo?, ¿sería justo?, ¿quiénes accederían y quiénes no, y por qué?

Desde su punto de vista, ¿qué tipo de formación ética deberían recibir los investigadores y profesionales de salud para enfrentar adecuadamente los dilemas o problemas actuales en investigación y desarrollo tecnológico?

Deberían recibir una mejor formación que la que están recibiendo actualmente. Se requiere una mirada integral y prospectiva. Ha surgido en el último tiempo un término en inglés, el *longtermism*, que es la visión a largo plazo, porque las acciones presentes ya están afectando al futuro.

No basta enseñar principios bioéticos tradicionales, se necesita incorporar competencias en bioética aplicada, por ejemplo, acerca de las tecnologías emergentes, modelos de pensamiento sobre riesgos globales y existenciales, justicia distributiva en salud, fomentar capacidades para análisis ético-jurídico de dilemas complejos, modelos deliberativos bajo incertidumbre normativa y moral, y también promover la sensibilidad crítica, o sea, hacia desigualdades globales, vulnerabilidades de poblaciones históricamente marginadas, que es algo crucial en América Latina.

Es un tema muy importante. En el presente se requiere de profesionales de la salud e investigadores de esa talla, es muy difícil encontrar solución a los problemas contemporáneos, y eso es peligroso, ya que la neutralidad axiológica de la ciencia podría terminar por devorar las conciencias y las habilidades para discriminar entre lo que es moralmente correcto y lo que no.

Integrando a los interesados en la bioética que quieren hacer una carrera formal, y considerando que usted es una persona consolidada en el ámbito del bioderecho y de la bioética, ¿qué recomienda a las generaciones que inician en los campos de la bioética y el bioderecho?

EV: Que busquen formarse en estos elementos y categorías que hemos abordado en esta conversación. Y digo busquen porque, como les he señalado, si nosotros revisamos los programas tradicionales de bioética y bioderecho en el mundo, no se abordan sistemáticamente estas cuestiones.

Les aconsejaría que tengan sensibilidad frente a lo multifactorial y sistémico de los problemas éticos

contemporáneos, que busquen formarse sistémicamente, que no crean que los conflictos actuales afectan solo el espacio inmediato y el tiempo presente, sino que afectan al mundo completo y también al futuro, y que tengan una mirada interespecie, que abandonen el paradigma hegemónico del antropocentrismo. Las instituciones deben generar programas mucho más integrales, comprensivos y exhaustivos, que aborden estas categorías, dando una formación mucho más sólida y más extensa a este proceso.

Sabemos de su reciente publicación de la traducción al español de la octava edición de *Principios de ética biomédica* de Beauchamp y Childress, ¿qué mensaje da a los lectores de *Gaceta CONBIOÉTICA* sobre este importante acercamiento al público de habla hispana?

El tema de la traducción lo veníamos conversando con los autores desde el 2015. Primero con Tom, a quien quiero recordar en este momento con cariño y admiración, ya que falleció pocos días antes de recibir la versión en español de la obra, y luego con Jim, tanto en Washington DC, como en Charlottesville, Virginia, respectivamente. Finalmente, esperamos la publicación de la edición definitiva en inglés, a saber, la octava edición del 2019. Luego, tuvimos la pandemia, lo que significó esperar unos años más para iniciar el trabajo, el cual, en definitiva, inicié en 2023.

Se trata de una traducción anotada, porque tiene muchas notas aclaratorias de mi autoría y tiene un estudio introductorio sobre la teoría del principlismo, que está al inicio de la obra, también de mi autoría. Yo espero que el trabajo sirva al mundo hispanohablante, vinculado o interesado en la bioética para comprender mejor la teoría del principlismo, y que puedan aplicarlo de mejor manera en su trabajo y también en sus vidas, cuando se enfrentan, por ejemplo, a decisiones bajo incertidumbre normativa o bajo incertidumbre moral.

Esta traducción puede representar una invitación a fortalecer el diálogo bioético en lengua española, porque podemos actualizar nuestras referencias, enriquecer nuestras discusiones. El libro no es solamente un clásico de la bioética, sino que también es una obra fundamental, o sea, que no solamente ha inaugurado, sino que ha ayudado a definir y redefinir muchas veces el campo de la bioética contemporánea.

Ha tenido un impacto tan profundo que se ha convertido en un marco conceptual más o menos indispensable

para la reflexión, la deliberación y la toma de decisiones éticas en el ámbito de la salud, en el ámbito biomédico, y la clave del éxito de la obra es quizás también la capacidad que tuvieron los autores para articular sus dos enfoques contrapuestos (Tom, utilitarista, y James, kantiano), que lograron hacer coincidir, hacer dialogar esos dos grandes momentos de la ética contemporánea, y construir un marco que fuera lo suficientemente claro, racional y universal, a saber, que fuera aplicable a los dilemas éticos surgidos en estos entornos clínicos y biocientíficos. De hecho, el principlismo ha trascendido el ámbito académico, se ha convertido en base de la enseñanza, investigación y regulación de asuntos bioéticos en gran parte del mundo.

Otro aspecto distintivo del diálogo entre utilitarismo y kantismo es que plantea un equilibrio entre rigor filosófico y sensibilidad práctica, ya que el libro, desde el punto de vista filosófico, es muy riguroso. Tiene capítulos muy densos de teoría moral, pero también es muy sensible a la realidad de la práctica médica y de la investigación biomédica. Ofrece un punto intermedio entre el formalismo ético y la necesidad de respuestas concretas y flexibles para diversos contextos contenciosos que se configuran en la atmósfera sanitaria y de investigación con sujetos animales y humanos. Lo otro es que el libro ha demostrado una notable capacidad de adaptación, los autores fueron evolucionando en sus ideas, también a partir de las críticas que se le hacía a cada edición. Ellos fueron recogiendo muchas de las críticas y fueron optimizando las ediciones posteriores.

La obra ha tenido ese tipo de evolución y de adaptación a lo largo de las ocho ediciones. Los autores expandieron, refinaron la teoría, abordaron las críticas, desplegaron nuevos desarrollos, como los debates sobre multiculturalismo, la justicia global en salud, la bioética global, los desafíos éticos de las tecnologías emergentes, etc.; permitiendo que el texto se mantenga vigente, que no sea un texto anacrónico, que no sea ya un objeto de museo, como ocurre a veces con algunos libros. *Principios de ética biomédica*, de Beauchamp y Childress, no es solo un libro fundamental para quienes estudian bioética, sino que también ha sido crucial en la configuración de muchas normativas y marcos de referencia en medicina y en la investigación científica. En estos ámbitos, su impacto, y no quiero exagerar, es equiparable al de los textos más influyentes de la filosofía moral y política, y por eso constituye ya un legado, un clásico, que seguirá moldeando y configurando la bioética por generaciones.

Sin duda, esta traducción al español no solo va a enriquecer la discusión en bioética y del principialismo, sino que va a revitalizar el principialismo entre los hispanohablantes.

Efectivamente, revitalizará el debate y aclarará muchos puntos sobre el verdadero estatuto epistemológico de la teoría de la moral común. En Inglaterra, hace poco un académico me decía «nosotros firmamos el certificado de defunción del principialismo hace mucho rato». Sin embargo, el principialismo es una teoría que goza de muy buena salud. Lo que pasa es que muchas veces no se aplica correctamente porque no se entiende, ya que es mucho más que cuatro principios generales. De hecho, son muchos más principios, con reglas especificadas, porque cada principio contiene otros más concretos.

Por eso los autores llaman a su enfoque un *cluster of principles*, o sea, un grupo de principios. El principio de respeto por la autonomía contiene un elenco de otros principios, lo mismo no maleficencia, lo mismo beneficencia, lo mismo justicia, y además existen dos

metaprocedimientos para resolver los conflictos entre principios: la especificación y la ponderación. En general, la gente no tiene idea de estas cuestiones, cree que los principios son simplemente eso, un estándar de normas vagas y generales. Sin embargo, esa es la máxima reducción que se puede hacer de la teoría. Esta es muchísimo más compleja, y creo que, si la traducción puede revitalizar el interés por el principialismo y su aplicación en los entornos médico y biomédico, podría aportar muchísimo para la resolución de conflictos éticos contemporáneos tributarios del protecciónamiento tecnológico.

De hecho, el principialismo es una teoría que se aplica incluso en países musulmanes, como Irán, y orientales, como China y Japón. Es una teoría universal, intercultural e interjurisdiccional que ha sido capaz de demostrar eficiencia en distintos entornos, determinados por tradiciones e identidades diversas. Por eso, más allá de las deficiencias que puede tener y de las críticas que se han asestado contra él (algunas injustificadas), el principialismo es el modelo deliberativo de la bioética más exitoso y más aplicado en el mundo.

Religión y espiritualidad en medicina

Religion and spirituality in medicine

Eduardo García-Solís 

Comisión de Bioética, Secretaría de Salud, Campeche, San Francisco de Campeche, Camp., México

Resumen

Hablar sobre el tema de la religión, en especial de la espiritualidad en medicina, es un tema en ocasiones difícil de tratar. Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales u otro personal de salud muchas veces no le dan importancia a estos temas. Ya sea porque no tienen religión, no les interesa o les incomoda. El paciente desea que le escuchen, no solo respecto a sus dolencias físicas, sino también sus inquietudes espirituales. Desea oír la palabra de consuelo, que en ocasiones se la da la fe. Se deben respetar sus creencias, y si el médico no se siente competente para hablar de ello, hay que referirlo con un sacerdote, capellán, pastor o alguna persona que profese su religión, así sentirá alivio. Se requiere que los médicos, el equipo de salud, además de atender las dolencias físicas, comprendan que la espiritualidad y la religión son esenciales para la salud tanto física como mental del paciente y sus familiares. Hay que reconocer que los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, solidaridad y respeto por los pacientes como personas íntegras, son imprescindibles. La religión y la espiritualidad tienen un papel preponderante en la salud.

Palabras clave: Religión. Espiritualidad. Medicina.

Abstract

Talk about the issue of religion, especially spirituality in medicine, is a topic that is sometimes difficult to discuss. Physicians, nurses, social workers or other health personnel often do not give importance to these issues. Either because they have no religion, they are not interested, or it makes them uncomfortable. The patient wants to be heard not only about his physical ailments, but also about his spiritual concerns; he wants to hear the word of comfort, which is sometimes given to him by faith. Their beliefs must be respected, if the physicians does not feel competent to talk about it, refer them to a priest, chaplain, pastor or someone who professes their religion, so they will feel relief. It is required that physicians, the health team, in addition to treating physical ailments, understand that spirituality and religion are essential for both the physical and mental health of the patient and their families. It must be recognized that the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, solidarity and respect for patients as whole people are essential. Religion and spirituality play a leading role in health.

Keywords: Religion. Spirituality. Medicine.

Correspondencia:

Eduardo García-Solís
E-mail: eduardogarsol@gmail.com

Fecha de recepción: 01-04-2025
Fecha de aceptación: 15-05-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000009

Disponible en línea: 05-06-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):47-49
www.gacetaconbioetica.com

Tratar el tema de la religión, en especial de la espiritualidad en medicina, es un tema en ocasiones difícil. Médicos, enfermeras, trabajadoras sociales u otro personal de salud muchas veces no les dan importancia a estos temas. Ya sea porque no tienen religión, no les interesa o les incomoda. En la mayoría de las escuelas de medicina no se habla de la religión, ni mucho menos de espiritualidad. Son consideradas tabú, algo arcaico, mientras que la mayoría de los pacientes tienen una religión, una creencia, una espiritualidad.

En 2020, alrededor del 77.7% de la población mexicana se denominaba católica, lo cual representó cerca de 97.9 millones de mexicanos¹. De interés lo descrito por Anatole Broyard, ensayista y exeditor del *New York Times Book Review*, quien escribió elocuentemente sobre los desafíos psicológicos y espirituales de enfrentar el cáncer de próstata metastásico. «Para el médico mi enfermedad es un incidente rutinario en sus rondas, mientras que para mí es la crisis de mi vida. Me sentiría mejor si tuviera un médico que al menos percibiera esta incongruencia. Solo desearía que lo hiciera. Dame toda su mente una sola vez, únete a mí por un breve espacio de tiempo, examina mi alma, así como mi carne, para llegar a mi enfermedad, porque cada hombre está enfermo a su manera»².

Una mujer de 43 años con antecedentes médicos que solo destacan por hipertensión arterial se presenta a su médico con insomnio. No reporta otros síntomas que sugieran depresión, trastorno de ansiedad generalizada o apnea del sueño, pero describe dificultad con el inicio del sueño debido a pensamientos negativos. A medida que ella y su médico discuten el problema, ella caracteriza estos pensamientos como «algo que hice». Durante su visita inicial un año antes se obtuvo una historia espiritual básica, y sabiendo que ella es una devota bautista, su médico le pregunta: «¿Has hablado con tu pastor sobre esto?» Ella responde: «Lamento decir que este no es el tipo de cosas de las que puedo hablar con él. Es posible que se corra la voz». Cuando se le ofrece la alternativa de que un capellán del hospital la llame, acepta de buena gana. Se remite al capellán. En una visita de seguimiento 6 semanas después, la paciente informa de una mejora del sueño. No se le recetaron medicamentos ni se hicieron derivaciones psiquiátricas para su insomnio³. Estos relatos que aparecen en la literatura médica, con frecuencia se observan en los hospitales.

En México, en la mayoría de los hospitales existen capillas para que los familiares de los pacientes acudan a orar. No obstante, gran parte del equipo de salud no le da la importancia debida. Cuando se habla de

espiritualidad, siempre se relaciona con religión, y eso nos lleva a excluirla de la práctica médica científica. En nuestra cultura occidental la religiosidad/espiritualidad, componente de la herencia cultural en diferentes regiones y grupos étnicos, desempeña un papel importante en la sociedad, sin embargo no se ha tomado en cuenta en la atención médica cotidiana⁴. El paciente desea que le escuchen, no solo respecto a sus dolencias físicas, sino también sus inquietudes espirituales. Desea oír la palabra de consuelo, que en ocasiones se la da la fe. Se deben respetar sus creencias y si el médico no se siente competente para hablar de ello, referirlo con un sacerdote, capellán, pastor o alguna persona que profese su religión, así sentirá alivio. Porque la palabra «paciente» proviene del latín *patiens*, que significa soportar, soportar o sufrir, y se refiere a una vulnerabilidad y dependencia adquiridas impuestas por circunstancias de salud cambiantes.

Renunciar a la autonomía no es un asunto menor y puede acarrear costos considerables⁵. ¿Es recomendable que los pacientes oren si así lo desean, de acuerdo con su religión? En un estudio reciente se observó que hasta un 25% de los individuos entrevistados busca la asistencia de oración durante su enfermedad. Por otra parte, a pesar de que los médicos usualmente no se involucran en el aspecto espiritual/religioso durante su práctica clínica, Galanter et al.⁶ demostraron en 1997 que un porcentaje alto de médicos acepta que la oración es una herramienta de gran utilidad que colabora con la recuperación de la salud y señalan que en el acto médico tendrían que tomarse en cuenta las necesidades religiosas del paciente⁷. La espiritualidad es un aspecto dinámico de la humanidad por medio de la cual las personas buscan significado, propósito y trascendencia últimos; y experimentan la relación con el yo, la familia, los demás, la comunidad, la sociedad, la naturaleza y lo significativo o sagrado. La espiritualidad se expresa mediante creencias, valores, tradiciones y prácticas⁸. Seamos compasivos, comprendamos y respetemos la fe de los que solicitan nuestra ayuda.

Una palabra de aliento, consolar a una persona afligida, es confortar, una palabra que en estos días adquiere un significado especial, cuando un hijo no puede despedirse de su padre, darle un último abrazo, por la pandemia que nos ha tocado vivir y ha dejado desasosiego, miedo e incertidumbre. Muchas veces solo queda el consuelo, el confortar. Nada más humano que apoyar a quien lo necesita. El ser humano necesita que se le conforte, cuántas veces en su desesperación en ocasiones intenta quitarse la vida, cuando lo único que necesita probablemente es que se le conforte y orar⁹.

Tenemos que considerar la perspectiva religiosa, pues al final la bioética versa sobre qué está bien y qué está mal, una cuestión también religiosa. Otra cosa es que en el debate debemos recurrir a la razón y a la ley natural inscrita en la dignidad, no imponer un credo¹⁰.

La ciencia sigue siendo la columna vertebral del asesoramiento médico, pero aprender sobre los valores de los pacientes, tanto cuando están de acuerdo con las recomendaciones como cuando no están de acuerdo con ellas, debe ser un componente de la comunicación médico-paciente. Respetar a los pacientes y ganarse su confianza deben considerarse habilidades esenciales de los médicos¹¹.

Se requiere que los médicos, el equipo de salud, además de atender las dolencias físicas, comprendan que la espiritualidad y la religión son esenciales para la salud tanto física como mental del paciente y sus familiares. Hay que reconocer que los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, solidaridad y respeto por los pacientes como personas íntegras, son imprescindibles.

Conclusiones

La religión y la espiritualidad tienen un papel preponderante en la salud.

Agradecimientos

El autor agradece a la Secretaría de Salud de Campeche.

Financiamiento

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Demografía y sociedad [Internet]. México: INEGI; 2024 oct 11 [citado 2025 may 28]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>.
2. Chochinov HM. The dignity and essence of medicine: the A, B, C and D of the dignity that preserves care. *BMJ*. 2007;335(7612):184-7.
3. Sulmasy DP. Physicians, spirituality, and compassionate patient care. *N Engl J Med*. 2024;390(12):1061-3.
4. Araujo Camacho SE, Velázquez Maldonado EM. El papel de la espiritualidad en la restauración de la salud. *Rev Venez Endocrinol Metab*. 2016;14(2):93-5.
5. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework from the philosophical approach. *Palliat Support Care*. 2003;1(1):15-21.
6. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins R, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States: prevalence, cost and patterns of use. *N Engl J Med*. 1993;328:246-53.
7. Galanter M. Spiritual recovery movements and contemporary medical care. *Psychiatry*. 1997;60:211-23.
8. Puchalski C, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17(6):642-56.
9. García Solís E. Confortar, reconfortar. En: García Solís E. *Bioética y algo más*. 1ª ed. Editorial Académica Española; 2023.
10. Entrevista a Edmund D. Pellegrino en *Diario Médico*. Cuadernos de Bioética. 2014;25(1):153-6.
11. Lerner BH. Medical expertise-balancing science, values, and trust. *N Engl J Med*. 2024;391:57.

Gaceta CONBIOÉTICA invita a la lectura de dos obras de acceso abierto sobre el tema de inteligencia artificial: IA confiable. Perspectivas africanas y Manual de Cambridge sobre derecho, ética y política de la inteligencia artificial

Gaceta CONBIOÉTICA invites you to read two open-access works on the topic of artificial intelligence: trustworthy AI. African perspectives and the Cambridge handbook of the law, ethics and policy of artificial intelligence

CONBIOÉTICA

Trustworthy AI. African perspectives

Editores: Damian Okaibedi Eke, Kutoma Wakunuma, Simisola Akintoye y George Ogoh
Editorial: Palgrave Macmillan

El libro *Trustworthy AI. African Perspectives* (2025) se presenta como una publicación complementaria a la obra *Artificial Intelligence in Africa: Challenges and Opportunities* (2023). Mientras que esta última se enfoca en un abordaje ético-teórico de los actores involucrados en el ciclo de vida de la inteligencia artificial (IA), el nuevo volumen se centra en los aspectos prácticos (su implementación técnica y operativa) que permiten garantizar su confiabilidad.

De acceso libre, la obra reúne 12 capítulos que exploran la IA, bajo el marco de valores y principios del contexto africano. Los autores proponen el diseño, desarrollo e implementación de tecnologías de IA que

respondan a necesidades locales, fundamentadas en valores como el comunitarismo, las creencias espirituales, la descolonialidad, la usabilidad, la accesibilidad, la asequibilidad y la adaptabilidad.

El texto reconoce los avances normativos impulsados desde Europa en torno a la regulación de la IA, y señala la existencia de puntos de convergencia ética. No obstante, subraya la necesidad de construir marcos de gobernanza propios, basados en las realidades africanas. La ciudadanía, la sociedad civil, los actores de la industria y los hacedores de políticas públicas tienen la responsabilidad de generar un marco de gobernanza y sistema confiable de la IA en ese continente.

Por medio de una visión ecosistémica, se propone visibilizar y valorar las condiciones sociales, culturales y políticas que configuran el desarrollo tecnológico, históricamente poco consideradas desde enfoques occidentales.

DOI: 10.1007/978-3-031-75674-0.

Correspondencia:

CONBIOÉTICA
E-mail: gac.conbioetica.mexico@gmail.com

Fecha de recepción: 09-05-2025
Fecha de aceptación: 16-05-2025
DOI: 10.24875/GCB.M25000010

Disponible en línea: 10-06-2025
Gac Conbioet. 2025;14(52):50-51
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2025 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The Cambridge handbook of the law, ethics and policy of artificial intelligence

Editora: Nathalie A. Smuha

Editorial: Cambridge University Press

Esta obra colectiva (2025) es resultado de la Escuela de Verano sobre Derecho, Ética y Política de la Inteligencia Artificial, organizada anualmente por la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica). El creciente interés del público académico por la inteligencia artificial (IA) motivó a la editora a publicar el libro en acceso libre, mostrando una intención de democratizar el conocimiento y fomentar un enfoque global, aunque su perspectiva está delimitada principalmente a la jurisdicción europea.

En la introducción, Nathalie Smuha reflexiona sobre la prudencia necesaria ante la fascinación histórica que ha generado la IA y las implicaciones de su uso actual, planteando interrogantes sobre lo que la IA está haciendo y lo que debería hacer. Este enfoque permite problematizar no solo su impacto tecnológico o académico, sino también su creciente influencia en la vida

cotidiana, la gobernanza y la estructura misma de las sociedades contemporáneas.

La obra se organiza en tres secciones. La primera, titulada *IA, ética y filosofía*, reúne seis capítulos centrados en conceptos, fundamentos y reflexiones de la IA y la filosofía. La segunda parte, *IA, derecho y política*, también compuesta por seis capítulos, aborda los marcos del derecho, la política, la sociedad y los desafíos éticos. Finalmente, la tercera sección, *La IA en todos los sectores*, agrupa ocho capítulos que analizan la aplicación de la IA en diversos sectores.

Las reflexiones y discusiones plasmadas en el libro abarcan desde los debates tradicionales hasta las aplicaciones más innovadoras de aplicación de la IA. La pregunta central gira en torno a la actuación de la ley, la ética y las políticas públicas en su mediación con la regulación de la IA y los valores fundamentales de las sociedades. La aspiración es dar cuenta de los contextos de aplicación de la IA y comenzar a darle sentido desde la ley, la ética y las políticas públicas teniendo en cuenta su complejidad.

DOI: <https://doi.org/10.1017/9781009367783>.



Paulette Dieterlen Struck

In memoriam

La Comisión Nacional de Bioética, recuerda la vida y trayectoria de la Doctora Paulette Dieterlen Struck, quien falleció el pasado 6 de mayo de 2025, a los 77 años de edad.



I. La Doctora Dieterlen nació en la Ciudad de México el 20 de junio de 1947, tuvo una destacada y reconocida trayectoria como académica, docente, investigadora y autora.

III. Cursó estudios de posgrado, en el área de Ética y Filosofía Política, en el University College, en Londres, Gran Bretaña. Ocupó diversos cargos académicos en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

V. Fue docente de licenciatura y posgrado en diversas instituciones, entre las que se encuentra el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco) y la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

VII. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores y fue investigadora en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Se interesó por indagar sobre Problemas Metodológicos en Ciencias Sociales, Ética Práctica, Filosofía Política, Justicia Distributiva y Políticas Públicas.

II. Estudió en México y el extranjero, obtuvo la licenciatura en Filosofía en la Universidad Iberoamericana, así como la maestría y el doctorado, también en Filosofía, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

IV. Fue Directora del Instituto de Investigaciones Filosóficas, en la misma universidad, en donde también se desempeñó como titular de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico.

VI. Fue Presidenta de la "Asociación Filosófica de México" y de la "Sociedad Interamericana de Filosofía". Publicó artículos, libros, capítulos, reseñas y traducciones. Han sido citados en múltiples trabajos. Aunado a lo anterior, perteneció a diversos Comités Tutoriales, Cuerpos Colegiados, Grupos de Investigación y Asociaciones.

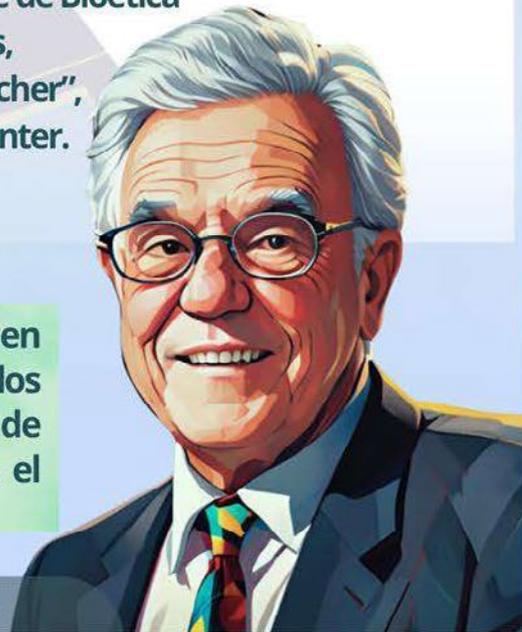
VIII. Recibió diversos reconocimientos, como la Medalla "Sor Juan Inés de la Cruz" y el Premio "Universidad en Investigación en Humanidades", otorgado por la UNAM. Aunado a lo anterior, la Doctora Dieterlen formó parte del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética, en el periodo 2012-2016.

Tom Beauchamp (1939 - 2025)

El pensamiento de Tom Beauchamp, quien falleció el pasado 19 de febrero, ha sido ampliamente reconocido y es considerado como uno de los más influyentes en los campos de la Filosofía Moral, Bioética y Ética Animal. Entre los aspectos más relevantes de su trayectoria, se encuentran:

- Fue profesor emérito en la Universidad de Georgetown y miembro de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual de Estados Unidos.
- Participó como coautor de los "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", conocido como "Informe Belmont", publicado en 1978.
- Publicó con James Childress, en 1979, el libro "Principios de ética biomédica", que presenta los cuatro principios clásicos de la Bioética, en contextos de toma de decisiones éticas en Medicina, Investigación y Políticas de Salud: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.
- Fue coautor de "Historia y teoría del consentimiento informado" y "El uso humano de animales: estudios de caso en elección ética".
- Planteó que la Bioética no debía basarse en una única teoría ética (como el Utilitarismo o el Deontologismo) sino en una combinación de principios éticos aplicables a diferentes contextos y situaciones.
- Parte de su obra se centró en cómo las prácticas médicas y de salud deben equilibrar los derechos individuales (como la Autonomía), con la obligación profesional de promover el bien del paciente. Desde su perspectiva, la Ética del Consentimiento Informado juega un papel crucial.
- Recibió diversos galardones por sus aportaciones a la Bioética y la Ética en Investigación, como el "Lifetime Achievement Award", de la Sociedad Estadounidense de Bioética y Humanidades, y el "Henry Beecher", del Hastings Center.

Las ideas de Tom Beauchamp son esenciales para la educación en Ética Médica y Bioética. Su enfoque práctico y atención a los principios fundamentales, han dado claridad a la toma de decisiones éticas en el ámbito de la salud y han promovido el respeto por la dignidad humana y la justicia social.



[gob.mx/salud/conbioetica](https://www.gob.mx/salud/conbioetica)

Servicios de información de la Comisión Nacional de Bioética

- Servicios gratuitos de información especializada
- Bases de datos multidisciplinarias
- Materiales bibliográficos sobre bioética, salud y temas afines



Contáctanos:

amigosconbioetica@gmail.com

Acceso de bases de datos:

bit.ly/accesoebscocnb

Blog de Biblioteca CONBIOÉTICA:

bit.ly/BibliotecaConbioeticaWeb

Servicios de información

Síguenos en redes sociales



Biblioteca
CONBIOÉTICA



Newsletter
CONBIOÉTICA



YouTube



[f](https://www.facebook.com/conbioetica) [y](https://www.youtube.com/conbioetica) [x](https://www.x.com/conbioetica) gob.mx/salud/conbioetica



Salud
Secretaría de Salud



Integridad
Científica