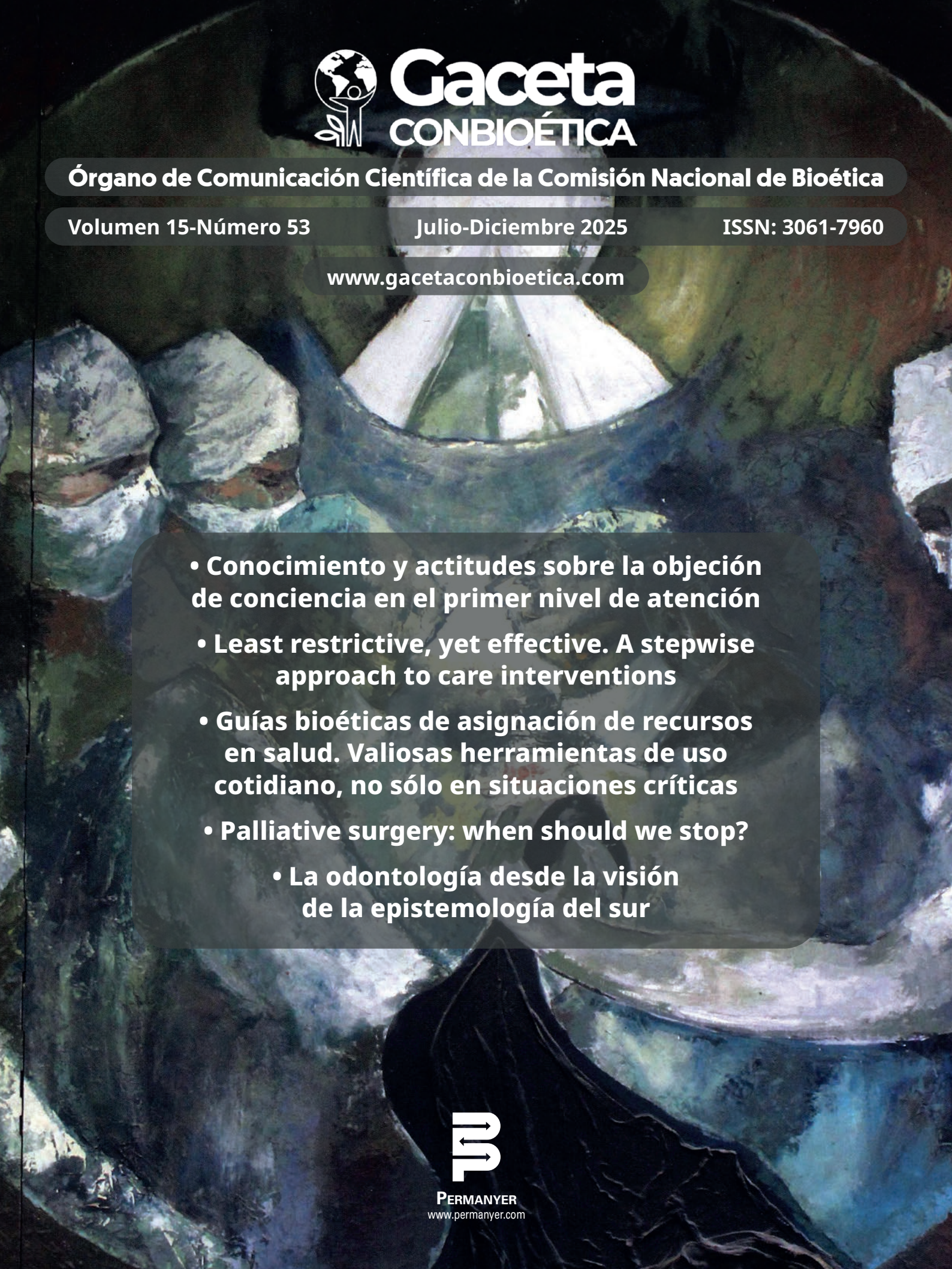


Gaceta CONBIOÉTICA

Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética

Volumen 15-Número 53 | Julio-Diciembre 2025 | ISSN: 3061-7960

www.gacetaconbioetica.com

- Conocimiento y actitudes sobre la objeción de conciencia en el primer nivel de atención
- Least restrictive, yet effective. A stepwise approach to care interventions
- Guías bioéticas de asignación de recursos en salud. Valiosas herramientas de uso cotidiano, no sólo en situaciones críticas
- Palliative surgery: when should we stop?
- La odontología desde la visión de la epistemología del sur

PERMANYER
www.permanyer.com

Gaceta CONBIOÉTICA
Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética

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

Salud
Secretaría de Salud
CONBIOÉTICA
Comisión Nacional de Bioética
Integridad Científica

Gaceta CONBIOÉTICA

Órgano de comunicación científica de la Comisión Nacional de Bioética

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 Bioétic,
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 15, No. 53, Julio-Diciembre, 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 diciembre de 2025.

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

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

PERMANYER
www.permanyer.com

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.: 11443AMEX252

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 Cientifica de la Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer.

Ilustración de portada: Fracción del "Mural de Fitzia", de la pintora francesa Fitzia Mendialdua, el cual se concluyó en 1964. Esta obra, se encontraba en el vestíbulo del edificio "A", ahora sala de usos múltiples, del 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".

Gaceta CONBIOÉTICA
Órgano de comunicación científica de la Comisión Nacional de Bioética

Volumen 15. Número 53, Julio-Diciembre 2025 www.gacetaconbioetica.com

Contenido

EDITORIAL 53
Patricio J. Santillán-Doherty

ARTÍCULOS Y APORTACIONES
Conocimiento y actitudes sobre la objeción de conciencia en el primer nivel de atención 55
Mario J. Cruz-Montoya y María de la L. Casas-Martínez

Least restrictive, yet effective. A stepwise approach to care interventions 62
Alexandra Olmos-Pérez and Thivia Jegathesan

Guías bioéticas de asignación de recursos en salud. Valiosas herramientas de uso cotidiano, no solo en situaciones críticas 69
Ivette M. Ortiz-Alcántara

Palliative surgery: when should we stop? 75
Noel Zaragoza-Cruz, Javier Portilla-Segura, and Jazel Barragán-Zúñiga

La odontología desde la visión de la epistemología del sur 80
José E. Orellana-Centeno, Mauricio Orellana-Centeno, Verónica Morales-Castillo, Roxana N. Guerrero-Sotelo y Javier E. Leyva Díaz

CASOS Y ACTUALIDAD
Quemados por la profesión. Cómo el burnout se instala en nuestras vidas 85
Romina P. Rissolo

ENCUENTRO BIOÉTICO
Conversación con el Dr. Daniel P. Sulmasy 87
CONBIOÉTICA

CONTRIBUCIONES Y PERSPECTIVAS
Del horror a la bioética: experimentos que marcaron la historia de la medicina y la biología 92
Gwendolyne Peraza-Mercado, Marbella Chávez-Solano y Ernesto Orozco-Lucero

Sugerencias de publicaciones 98
CONBIOÉTICA

RETRACTACIÓN 100

Gaceta CONBIOÉTICA

Permanyer

Check for updates

EDITORIAL

Editorial

Patricio J. Santillán-Doherty

Gaceta CONBIOÉTICA

A un año de comenzar la transición de *Gaceta CONBIOÉTICA* hacia una publicación científica, es un privilegio presentar el tercer número de nuestra revista, cuya edición refleja la riqueza, la diversidad temática y la profundidad crítica que caracterizan a la bioética contemporánea. Este número reúne investigaciones, análisis y reflexiones que dialogan con los dilemas más urgentes de la práctica clínica, la investigación científica y las políticas de salud, en un momento histórico marcado por aceleradas transformaciones tecnológicas y crecientes desafíos éticos.

Los artículos y aportaciones de esta edición abordan con rigor y sensibilidad temas fundamentales para comprender la complejidad del cuidado y del quehacer científico. Desde el análisis del *conocimiento y las actitudes sobre la objeción de conciencia en el primer nivel de atención,* pasando por una reflexión sobre la proporcionalidad y la humanidad en la clínica en *Least restrictive, yet effective. A stepwise approach to care interventions,* hasta la discusión sobre la pertinencia y el uso cotidiano de las *guías bioéticas de asignación de recursos en salud,* los trabajos ofrecen herramientas conceptuales y prácticas de gran relevancia para escenarios clínicos y de gestión sanitaria.

Asimismo, se exploran los límites del actuar terapéutico a través de *Palliative surgery: when should we stop?,* un llamado a pensar el cuidado más allá de la intervención técnica. La edición también incorpora una lectura crítica y necesaria desde la *Epistemología del Sur* aplicada a la odontología, ampliando nuestro horizonte epistémico hacia enfoques que reconocen pluralidades de saberes y contextos.

En la sección «Casos y Actualidad» se presenta el artículo *Quemados por la profesión,* un análisis penetrante sobre el *burnout* en las profesiones sanitarias, fenómeno que interpela no solo a quienes lo padecen, sino también a las instituciones y los sistemas de salud.

Este número, además, incluye un «Encuentro Bioético» excepcional: una entrevista con Daniel P. Sulmasy, director del Instituto Kennedy de Ética, cuyos pensamiento y trayectoria iluminan con claridad la vocación humanista que debería acompañar a toda práctica clínica.

Cerramos con una reflexión histórica en la sección «Contribuciones y Perspectivas»: *Del horror a la bioética,* un recorrido por experimentos que marcaron de forma dolorosa la historia de la medicina y la biología, recordándonos que la bioética no nació en la comodidad del progreso, sino como una respuesta ética a la vulneración de vidas y comunidades.

Complementa el número una serie de «Sugerencias de publicaciones» que orientan al lector hacia debates contemporáneos de interés.

Sirva la presente entrega para reafirmar nuestra responsabilidad de garantizar mecanismos de revisión robustos, metodológicamente sólidos y ajustados a los estándares internacionales. Nuestro proceso de revisión por pares ha detectado manuscritos con una redacción, tanto en estructura como en contenido, que hacen suponer el empleo de inteligencias artificiales generativas del tipo *Large Language Model* (ChatGPT, Perplexity, Copilot, Gemini, PaLM, Bard, Llama y Bing Chat, entre otros), lo cual implica un impacto negativo en el ejercicio del pensamiento crítico que supone la generación de conocimiento.

Correspondencia:
Patricio J. Santillán-Doherty
E-mail: gac.conbioetica.mexico@gmail.com

Fecha de recepción: 06-11-2025
Fecha de aceptación: 20-11-2025
DOI: 10.24875/GCB.M25000015

Disponible en línea: 12-01-2026
Gac Conbioet. 2025;15(53):53-54
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/).

Si bien la inteligencia artificial generativa se integra cada vez más en los procesos de investigación contemporáneos, no debe perderse de vista que se trata únicamente de una herramienta, cuyo empleo está condicionado por los principios de responsabilidad, transparencia y estricto apego a los criterios de integridad científica, toda vez que su aplicación no está exenta de problemas tales como sesgo algorítmico, opacidad en los procesos, dependencia excesiva y pérdida de innovación. Al usar estos sistemas (p. ej., ChatGPT) es importante reconocer que consumen una cantidad de recursos sin precedente: poder computacional con chips de alta gama para procesar gigantescas cantidades de datos que requieren una infraestructura que, a su vez, consume fuerza laboral malpagada en el sur global e inmensas cantidades de energía y agua con impacto ambiental intenso. El uso ético de la inteligencia artificial constituye un requisito indispensable para preservar la credibilidad de la producción académica.

Agradezco a las autoras y los autores por la calidad de sus contribuciones; a las y los revisores, por su dedicación y cuidado; y a nuestra comunidad lectora por acompañarnos en este proyecto que busca fortalecer, desde la bioética, una cultura científica justa, crítica y humanista.

Confiamos en que el recorrido por los contenidos de esta edición abonará la generación de espacios que fomenten el diálogo, la crítica constructiva y la reafirmación del valor ético que debe orientar toda acción en salud, ciencia y sociedad.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ARTÍCULOS Y APORTACIONES

Conocimiento y actitudes sobre la objeción de conciencia en el primer nivel de atención

Knowledge and attitudes about conscientious objection at the primary care level

*Mario J. Cruz-Montoya** y *María de la L. Casas-Martínez*

Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

Resumen

Objetivo: *Identificar los conocimientos y las actitudes sobre la objeción de conciencia en médicos generales y familiares que ejercen en el primer nivel de atención sanitaria en México y otros países hispanohablantes de Centroamérica, el Caribe y Sudamérica.* **Método:** *Revisión sistemática de la literatura científica mediante metodología PRISMA para identificar, seleccionar y analizar críticamente estudios sobre el conocimiento y las actitudes respecto a la objeción de conciencia de médicos generales y familiares.* **Resultados:** *La escasez de literatura científica encontrada resalta la complejidad del tema en el ámbito de la atención primaria y enfatiza la necesidad de ampliar la investigación sobre el conocimiento y las actitudes respecto al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia individual en médicos generales y familiares en México y otros países de Centroamérica, el Caribe y Sudamérica.* **Conclusiones:** *Es prioritario investigar las actitudes y los conocimientos de los médicos generales y familiares sobre la aplicación de la objeción de conciencia en procedimientos como proveer métodos antiinplantatorios, fertilización in vitro, aborto, cirugías de reasignación de género y eutanasia. Asimismo, se identificó la necesidad de aplicar metodologías rigurosas y objetivas, libres de sesgos, para comprender cómo la objeción de conciencia interactúa con realidades normativas y sociales específicas en los diversos contextos geográficos y culturales, especialmente en México y otros países hispanohablantes de América.*

Palabras clave: *Objeción de conciencia. Médicos de familia. Médicos de atención primaria. Conocimiento. Actitudes. Bioética. Revisión sistemática.*

Abstract

Objective: *Identify the knowledge and attitudes regarding conscientious objection among general and family physicians practicing in the primary healthcare level in Mexico and Spanish-speaking countries in Central America, the Caribbean, and South America.* **Methods:** *A systematic review of scientific literature using the PRISMA methodology was conducted to identify, select, and critically analyze studies on the knowledge and attitudes regarding conscientious objection among general and family physicians.* **Results:** *The scarcity of scientific literature identified highlights the complexity of the topic within primary care, and underscores the need to expand research on the knowledge and attitudes regarding the exercise of the right to individual conscientious objection among general and family physicians in Mexico and Spanish-speaking countries in Central America, the Caribbean, and South America.* **Conclusions:** *It is priority to investigate the attitudes and knowledge of general and family physicians regarding the application of conscientious objection in procedures such as*

***Correspondencia:**
Mario J. Cruz-Montoya
E-mail: 0260334@up.edu.mx

Fecha de recepción: 25-03-2025
Fecha de aceptación: 14-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000005

Disponible en línea: 12-11-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):55-61
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/).

providing contraceptive methods, in vitro fertilization, abortion, gender reassignment surgeries, and euthanasia. Furthermore, there is a recognized need to employ rigorous and objective methodologies, free from bias, to understand how conscientious objection interacts with specific legal and social realities across diverse geographic and cultural contexts, particularly in Mexico and other Spanish-speaking countries in Americas.

Keywords: *Conscientious objection. Family physicians. Primary care physicians. Knowledge. Attitudes. Bioethics. Systematic review.*

Justificación

La objeción de conciencia en la práctica médica está ampliamente debatida tanto desde la perspectiva jurídica como desde el aspecto ético. Sin embargo, entre las y los médicos de primer contacto que ejercen en el primer nivel de atención existen respuestas muy diversas con respecto al alcance de que la objeción de conciencia sea reconocida como un derecho en la práctica asistencial. Esta diversidad de posturas con frecuencia genera un conflicto entre la teoría, que sostiene que todos tenemos valores que deben ser respetados, y la praxis, el entorno multicultural que promueve diferentes valores no siempre compatibles en el marco de una estructura sanitaria que tiene también un marco ético. Este dilema ético afronta a los médicos que proveen labores asistenciales de salud y los enfrentan a un conflicto de dos deberes: el de respetar las decisiones de otros, las normas y los reglamentos, garantizando el acceso a la salud, y el de fidelidad a la ética profesional, a sus creencias y valores, su libertad de conciencia[1]. Lamentablemente, por desconocimiento o carencia de información respecto de la objeción de conciencia, las y los médicos no ejercen su derecho y contravienen sus valores o creencias más íntimas, lo cual vulnera su integridad moral. En este sentido, la literatura disponible tiende a enfocarse en especialidades específicas, como la ginecología y la obstetricia, y su relación particularmente con el aborto[2-5]. Por lo tanto, resulta necesario identificar las actitudes y los conocimientos que poseen las y los médicos generales y familiares en relación con la objeción de conciencia en el ámbito de la atención primaria, dada su posición crucial como primer nivel de atención del sistema de salud y su rol en la garantía del principio de justicia.

Antecedentes

En términos generales, la objeción de conciencia se define como la negativa de una persona a cumplir con un mandato jurídico, por considerarlo incompatible con sus convicciones fundamentales[6]. Martha Soto Obregón la define del siguiente modo: «Un razonamiento interno y propio del sujeto que le lleva a mantener cierta convicción y por consiguiente cierta actitud frente a determinada situación, ley, orden de un superior jerárquico, etcétera; esta forma de pensar la ha descubierto a partir del conocimiento de valores, que bien le puede proporcionar una religión en particular o la vida misma; dichos valores los ha reflexionado, los ha entendido, está de acuerdo con ellos y por lo tanto los ha hecho propios»[7]. De manera análoga, Juan Francisco Vega Ruiz propone que corresponde a «la máxima expresión de la persona, moral, colectiva o individual dentro de su esfera de libertad religiosa, por motivos de conciencia, a incumplir un deber jurídico establecido por el Estado en una norma particular, general, administrativa, legislativa o judicial; o un deber social con base en la tradición, usos y costumbres que impide observar de manera particular al comportamiento mandatado, por lo que la referida persona, para poder armonizar su conciencia con el imperativo, buscará una forma sustitutoria de cumplir sin necesidad de quebrantar sus creencias dentro del marco de la libertad de conciencia»[8].

Bajo tal noción, estamos frente a un derecho fundamental reconocido en sociedades pluralistas en las que existen concepciones del mundo distintas e igualmente válidas. Así, en el ámbito de la ética, la objeción de conciencia se entiende como un derecho que surge de la libertad de conciencia. Algo similar sucede en el ámbito de la salud cuando son los profesionales médicos quienes objetan ante la realización de determinadas prácticas despenalizadas, pero que ellos consideran que atentan contra sus convicciones éticas, morales o religiosas[9]. En el ámbito de la salud, y desde una perspectiva bioética, la objeción de conciencia es entendida como la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico científico y legalmente aprobado según la *lex artis ad hoc,* aduciendo la transgresión que dicho acto médico implica de su libertad de pensamiento, conciencia o religión, en otras palabras, de sus principios morales o creencias religiosas[10].

Por lo tanto, el profesional sanitario vive un conflicto de deberes en cuanto a la fidelidad a sus propias creencias y valores, frente a respetar las decisiones de sus pacientes o de sus superiores, o lo estipulado en diversas normas o reglamentos, así como los derechos protegidos, como el derecho a la salud y el principio de justicia distributiva, que pueden ser vulnerados. De hecho, la objeción de conciencia se manifiesta principalmente en procedimientos como la interrupción del embarazo, en la cual los avances en métodos farmacológicos han modificado sustancialmente la práctica clínica. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en torno al 73% de los abortos en el mundo se realizan mediante métodos farmacológicos[3]. Este cambio paradigmático ha trasladado gran parte de la responsabilidad de estos procedimientos de los especialistas en ginecología y obstetricia a los médicos de atención primaria, incluyendo médicos generales y familiares. Tanto es así que el American College of Obstetricians and Gynecologists reconoce que los abortos farmacológicos pueden ser administrados por profesionales de atención primaria adecuadamente capacitados[11]. Por otra parte, diversos estudios, que no proporcionan cifras específicas sobre la prevalencia de la objeción de conciencia ni sobre su impacto en el acceso a servicios de salud reproductiva, han centrado su análisis en el marco político y legal en países como Perú, México, Chile y Colombia, en el contexto de los esfuerzos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos[12,13].

Lo anterior es relevante dado que la toma de decisiones es un elemento indispensable de la práctica médica que refleja la responsabilidad ética y legal del profesional en todo el proceso de atención de la salud. En la vida cotidiana y el ámbito de la atención sanitaria, las y los médicos se encuentran ante:

- Situaciones en las cuales sus decisiones e intervenciones impactan de forma definitiva en la vida de los pacientes.
- Contextos que por su complejidad se vuelven dilemáticos.
- Dos o más posibilidades de resolución.

De ahí la relevancia fundamental de que la práctica médica represente el respeto por la persona humana y la vida, siempre en congruencia con el conocimiento, la técnica, la ética y el marco legal.

Método

Se estableció una metodología de revisión sistemática de alcance exploratorio y enfoque mixto, para el tema previamente seleccionado, utilizando la declaración PRISMA *(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)*[14], que aporta un método sistemático y transparente para identificar, seleccionar y valorar de forma crítica las investigaciones relevantes para recoger y analizar los datos de los estudios que se incluyen en la revisión[14-16]. El método consiste en: 1) desarrollar criterios de inclusión y exclusión claramente definidos; 2) realizar una búsqueda bibliográfica detallada y amplia; y 3) seleccionar los resúmenes de los trabajos identificados en la búsqueda y posteriormente los textos completos, y analizarlos según las directrices PRISMA[16].

Criterios de inclusión

- Tipo de publicación: artículos disponibles con texto completo, nacionales o internacionales, de investigación, artículos de opinión, tesis o resúmenes. Se incluyen estudios con metodología tanto cualitativa como cuantitativa.
- Área: ética médica o bioética.
- Población o países: México, Centroamérica, Caribe y Sudamérica.
- Idioma de publicación: español o inglés.
- Palabras clave o temas de convergencia: médicos generales, médicos familiares, primer nivel de atención sanitaria y objeción de conciencia.
- Tiempo de publicación: de enero de 2010 a noviembre de 2023.

Criterios de exclusión

- Artículos que abordan la objeción de conciencia fuera del contexto de la atención primaria de salud o con un enfoque ajeno a la bioética/ética médica.
- Estudios cuya calidad metodológica o conclusiones no puedan ser evaluados de manera objetiva.
- Artículos centrados en médicos especialistas o en personal de enfermería.

Búsqueda inicial

Se realizó una búsqueda primaria considerando el periodo de enero de 2010 a noviembre de 2023 en las bases de datos Medline, PERIÓDICA UNAM, PubMed y EBSCOhost. La búsqueda se realizó en los idiomas inglés y español, con las palabras clave *"conscientious objection", "health care provider", "medical practitioner"* y *"primary health care attention",* y "objeción de conciencia", "profesional sanitario", "médico" y "atención primaria", añadiendo los operadores booleanos *"AND", "NOT"* y *"OR".*

Búsqueda sistemática

El algoritmo de búsqueda para las bases de datos utilizadas fue *(conscientious objection) AND (health care provider) OR (medical practitioner) OR (primary health care attention), AND (systematic review),* y generó 2 resultados en Medline, 15 resultados en PERIÓDICA UNAM, 5 resultados en PubMed y 6 resultados en EBSCOhost; en total, 28 resultados.

Búsqueda manual

Siguiendo los criterios de búsqueda por título se seleccionaron de manera manual aquellos artículos que por su título tuvieran al menos alguna relación con el tema abordado, arrojando 11 artículos. Un segundo filtro manual descartó aquellos artículos que no fueron publicados en el periodo de enero de 2010 a noviembre de 2023 o que incluyeran poblaciones que no correspondían a médicos generales o familiares en el primer nivel de atención sanitaria, y con ello se obtuvieron 8 artículos de texto como criterio fijo. Para los artículos seleccionados, se realizó una tabla de clasificación de características que incluyo el título, el año, el sexo de la muestra, el objetivo, el tipo de estudio, el país donde se realizó, la conclusión y la referencia del estudio.

Búsqueda sistemática según la lista de verificación PRISMA 2020

La selección de artículos se realizó con los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, así como por medio de la exclusión de artículos que no consideraban alguno de los 27 ítems de la lista de verificación PRISMA 2020, como son el título, el resumen, la introducción, los métodos, los resultados, la discusión y más información. Finalmente quedaron 2 artículos de texto que cumplen con todos los requisitos PRISMA (Fig. 1) y se realizó una lectura profunda que permitió generar una visión metodológica de cómo se abordó el tema en cuestión.

Método de análisis de discusión

Se realizó un análisis por método semántico y hermenéutico de los resultados obtenidos de evidencia limitada, lo que permitió comprender el significado del texto a través de una reflexión crítica del contenido y del contexto de cada artículo, así como su relación con las variables de interés (Tabla 1)[17-20].

Análisis

Küng et al.[21] realizaron un estudio en el cual examinaron los motivos de la negativa a proporcionar servicios de aborto entrevistando a 40 médicos en México y 16 en Bolivia. Como resultado de las entrevistas, los autores coinciden en que la objeción de conciencia es el derecho de un individuo a negarse a participar en cualquier actividad que considere incompatible con sus creencias morales, religiosas o éticas profundamente arraigadas. Sin embargo, sugieren que, en México y Bolivia, la objeción de conciencia se utiliza «indebidamente» para negar servicios de aborto por razones distintas de las creencias morales, religiosas o éticas, entre las que destacan la falta de conocimiento de las leyes relacionadas con el aborto, el miedo a enfrentar problemas legales en la prestación de servicios de aborto, así como la edad gestacional y la viabilidad fetal. Esto resulta interesante desde una perspectiva bioética, pues para algunos objetores en Bolivia se encontró estrechamente relacionado con la manifestación de que el feto es una vida humana que debe ser valorada y protegida; en cambio, esta situación fue mucho menos prevalente en las entrevistas con personal de salud en México. Así, el artículo señala que la mayoría de los encuestados citaron la capacitación y la educación sobre la ley del aborto como la principal forma de conciliar tanto a médicos como a usuarias, y que para gran parte del personal de salud el hecho de conocer, comprender y cumplir la ley es razón suficiente para brindar servicios de aborto.

Por otra parte, Ramón et al.[22] realizaron una revisión de la literatura y una encuesta a 108 médicos generales o de familia en Argentina. Identificaron diversos usos de la objeción de conciencia en establecimientos de salud que brindan servicios de aborto legal en este país, entre los que se incluye el uso defensivo, es decir, recurrir a la objeción de conciencia para evitar inconvenientes o críticas relacionadas con el estigma de realizar abortos. En este sentido, el 60% de los encuestados creen que la objeción al aborto se debe al temor a la estigmatización. Otra de las causas del ejercicio de la objeción se refirió a una mala comprensión o ignorancia de la ley, así como al miedo a posibles problemas que los profesionales de la salud pensaban que enfrentarían después de brindar servicios de aborto. Conviene destacar que, en otros casos, los profesionales simplemente utilizan la objeción de conciencia para evitar grandes cargas de trabajo debido al pequeño número de profesionales de la salud disponibles para realizar abortos; así opinan

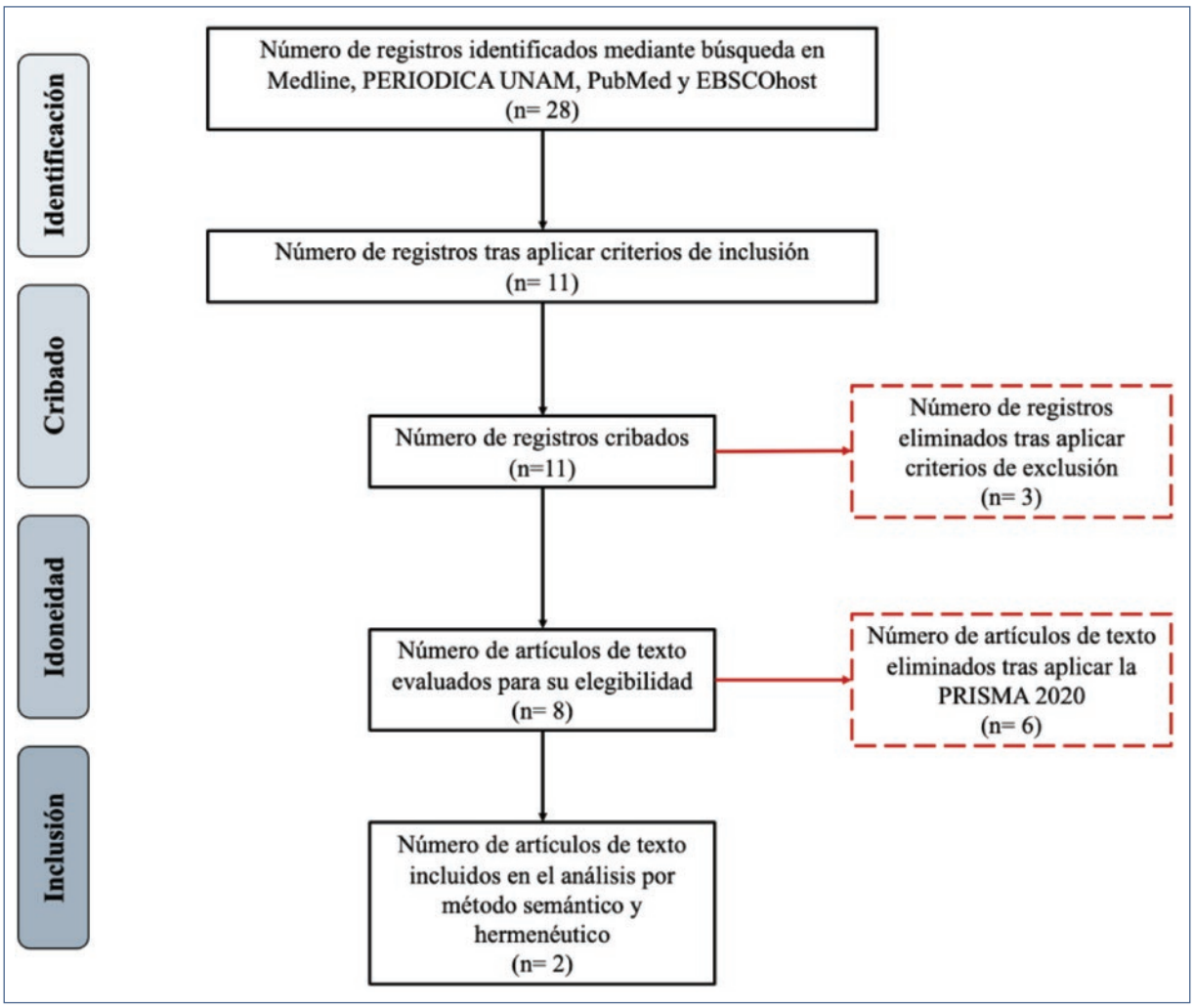


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de identificación y selección de revisiones sistemáticas mediante la metodología PRISMA *(elaboración propia de autores)*.

el 54% de los encuestados. Finalmente, señalan que el 7% de los encuestados creen que la objeción de conciencia es un derecho fundamental, por lo que su restricción debe ser excepcional y estar establecida por ley. En general, los encuestados relacionan la objeción de conciencia con creencias religiosas.

Al analizar los resultados y las conclusiones obtenidos de los artículos, en forma cuantitativa y con una interpretación hermeneútica, en cuanto a los motivos de rechazo o acceso a servicios de atención sanitaria se encuentra que el respeto a la conciencia individual no siempre se basa en creencias morales, religiosas o éticas, sino que puede deberse a desconocimiento de las leyes del aborto, temor a problemas legales o a ser sometidos a un estigma negativo por parte de la sociedad, o para evitar más trabajo. No obstante, tanto en México como en Bolivia se encontró que uno de los argumentos objetores para no practicar un aborto es la afirmación de que el feto es una vida humana que hay que respetar y defender[21]. Por otro lado, el motivo principal para prestar estos servicios es acatar las leyes correspondientes[21,22].

Con estos resultados, proponemos algunas acciones para reducir el desconocimiento de la objeción de conciencia:

- Proporcionar educación y capacitación que aborde aspectos normativos, de ética profesional y bioética sobre el respeto a la conciencia individual, así como la discusión de casos de estudio y escenarios hipotéticos para los profesionales de la salud.
- Fomentar un diálogo abierto y respetuoso sobre la objeción de conciencia, que ayude a los médicos

Tabla 1. Análisis del contenido y su relación con las variables de interés

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Dependientes				
Conocimiento de la objeción de conciencia médica	Acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia[20]	Comprensión del concepto, el derecho, la regulación y la aplicación de la objeción de conciencia médica[23]	Cualitativa ordinal	Conoce o «presencia» No conoce o «ausencia»
Actitud en relación con la objeción de conciencia médica	Disposición mental y emocional de una persona hacia algo o alguien, que se manifiesta a través de sus pensamientos, emociones y comportamientos. Es una intención o propósito que conduce a un comportamiento en particular[21]	Comportamiento relacionado con la objeción de conciencia médica[23]	Cualitativa nominal	Aprobación o «consentimiento» Rechazo o «rehusar»
Independientes				
País	Territorio, con características geográficas y culturales propias, que puede constituir una entidad política dentro de un Estado[22]	Conjunto de personas que pertenecen a un mismo territorio[22,23]	Cualitativa politómica nominal	Argentina Bolivia Chile México

Elaboración propia de autores.

a entender mejor este concepto y cómo se aplica en la práctica para reducir cualquier estigma o malentendido asociado.

– Elaborar políticas claras y bien definidas sobre la objeción de conciencia tanto en las instituciones de salud públicas como en las privadas.

La escasez de literatura científica identificada subraya la naturaleza emergente del problema, en particular en el ámbito de la medicina familiar y general. La mayoría de las publicaciones se centran en áreas especializadas de la medicina, como ginecología y obstetricia, y no consideran a médicos familiares o generales, en quienes recae la mayor parte de las interrupciones legales del embarazo mediante métodos farmacológicos. Este enfoque, poco representado en la literatura médica, fue priorizado en nuestra investigación.

La revisión sistemática, fundamentada en el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión considerados importantes para obtener resultados significativos, identificó únicamente dos artículos. Estos estudios aportan información valiosa y singular sobre la objeción de conciencia médica en este sector específico. La presente revisión no solo pone de manifiesto las brechas existentes en la literatura científica actual, sino que también enfatiza la necesidad imperante de ampliar la investigación en este campo.

La metodología rigurosa y transparente empleada en esta revisión sistemática garantiza la robustez y la fiabilidad de los hallazgos presentados, proporcionando así una base sólida para futuras investigaciones para orientar los esfuerzos académicos hacia áreas que requieren una exploración más profunda. Además, contribuye significativamente a incrementar la visibilidad y la reflexión sobre la objeción de conciencia en el contexto de la medicina general y familiar, un tema de creciente importancia en la práctica clínica contemporánea[9,21-23].

Conclusiones

Los resultados muestran que la objeción de conciencia en médicos generales y familiares en ejercicio en México y otros países hispanohablantes de Centroamérica, el Caribe y Sudamérica representa un fenómeno éticamente complejo y clínicamente relevante que ha recibido escasa atención en la literatura científica, aun siendo el primer nivel un principal actor en este tema. Los estudios existentes presentan limitaciones importantes en cuanto a alcance geográfico, profundidad metodológica y representatividad muestral, lo que impide extrapolar conclusiones al ámbito regional. La ausencia significativa de datos cuantitativos robustos no permite conocer la prevalencia real de la objeción de conciencia en atención primaria, así como sus motivaciones. A pesar de haber incluido estudios tanto cuantitativos como cualitativos, se observa una marcada escasez de literatura que emplee metodologías de alto rigor para determinar la prevalencia real (cuantitativa) y las motivaciones profundas (cualitativas) de la objeción de conciencia. La falta de

investigaciones multicéntricas, interdisciplinarias y longitudinales limita no solo la comprensión del fenómeno, sino también el desarrollo de marcos regulatorios y éticos adecuados. Ampliar esta línea de investigación permitiría identificar patrones comunes, riesgos sistémicos y oportunidades de intervención que aseguren tanto el respeto a la autonomía profesional del médico como el principio de justicia en el acceso a la atención médica, políticas públicas, formación médica y procesos deliberativos en bioética clínica en la región.

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 utilizaron inteligencia artificial para la redacción de este manuscrito [Perplexity AI, fue utilizada para la traducción del resumen del idioma español a inglés, también fue utilizada para la corrección de las referencias de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas)].

Referencias

1. Gracia Guillén DM. Ética de la objeción de conciencia. An Real Acad Nac Med (Esp). 2009;4:691-712.
2. Aramberri M. La regulación de la objeción de conciencia en las normas despenalizadoras del aborto en Argentina y Uruguay. Revista de Derecho. 2021;20:37-51.
3. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: ttps://www.who.int/publications/i/item/9789240039483.
4. Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study. Health Hum Rights. 2017;19:55-68.
5. Cabero Roura L, Sánchez Carazo C, Cabrillo Rodríguez E, Comino Delgado R, Duplá Marín JA, Lete Lasa I, et al. Declaración de la Comisión de Bioética y Derecho Sanitario de SEGO sobre la objeción de conciencia en obstetricia y ginecología. Progr Obstet Ginecol. 2014;57:117-24.
6. Cancino ME, Capdevielle P, Gascón A, Medina M. Objeción de conciencia. Enseñanza transversal en bioética y bioderecho. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2019.
7. Soto Obregón ME. Objeción de conciencia: ¿Testigos de Jehová vs símbolos patrios? Ciudad de México, México: Plaza y Valdés; 2003. p. 55.
8. Vega Ruiz JF. La objeción de conciencia en el derecho médico. En: Guía práctica de derecho médico. Ciudad de México, México: Tirant Lo Blanch; 2019. p. 87-113.
9. Comisión Nacional de Bioética. La objeción de conciencia en el proceso de atención a la salud. Pronunciamiento. Secretaría de Salud; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765656/Pronunciamiento_Objecioon_Conciencia_Ago2022.pdf.
10. Gamboa-Antinolo F, Poyato-Galán J. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Gac Sanit. 2021;35:358-60.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication abortion up to 70 days of gestation. ACOG Practice Bulletin No. 225. Obstet Gynecol. 2020;136:31-47.
12. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. Reprod Health Matters. 2009;17:78-87.
13. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for 'conscientious objection' in reproductive health care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;216:254-8.
14. Cogo E, Sampson M, Ajiferuke I, Manheimer E, Campbell K, Daniel R, et al. Searching for controlled trials of complementary and alternative medicine: a comparison of 15 databases. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:1-9.
15. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. Lancet. 2001;357:1191-4.
16. Linares-Espinós E, Hernández V, Domínguez-Escrig JL, Fernández-Pello S, Hevia V, Mayor J, et al. Metodología de una revisión sistemática. Actas Urol Esp. 2018;42:499-506.
17. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: APA; 2007.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50:179-211.
19. United Nations. Standard country or area codes for statistical use (M49). United Nations Statistics Division; 2024.
20. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid: RAE; 2023.
21. Küng SA, Wilkins JD, de León FD, Huaraz F, Pearson E. "We don't want problems": reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia. Reprod Health. 2021;18:44.
22. Ramón MA, Kung S, López-Salm A, Ariza NS. Regulating conscientious objection to legal abortion in Argentina: taking into consideration its uses and consequences. Health Hum Rights. 2020;22:263-74.
23. Martínez León M. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología [Tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=102889.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ARTICLES AND CONTRIBUTIONS

Least restrictive, yet effective. A stepwise approach to care interventions

El principio de menor restricción efectiva. Un enfoque escalonado para las intervenciones de cuidados médicos

Alexandra Olmos-Pérez and Thivia Jegathesan*

Provincial Health Services Authority (PHSA), Ethics Services, Vancouver, BC, Canadá

Abstract

The principle of "least restrictive, yet effective" has been used as a way to balance the potential benefits of any clinical or public health interventions with the potential harms of the intervention, including those associated with overriding autonomous choice. A stepwise approach systematically determines whether a restrictive measure is required, if there are less intrusive measures to be applied first that are as effective and at what point a more restrictive measure is justifiable. The following considerations are proposed to adopt this approach. These are intended to be dynamic as evidence and the situation evolves: a) There is an identified/certain risk of serious harm that needs to be imminently removed; b) Other less intrusive options or measures to mitigate, avoid or remove risks/harms have been exhausted/proved ineffective; c) The proposed intervention or option will be effective to remove the identified harm, based on best evidence; d) The proposed intervention is reasonably expected to result in a positive and fair balance of benefits/harms to the patient; e) It is feasible to attempt the proposed intervention; f) The proposed measure or treatment would be pursued in similar situations, and it is fair and equitable to do so in this case.

Keywords: *Autonomy. Risk. Effectiveness. Ethics. Least restrictive. Equity.*

Resumen

El principio de "menor restricción, efectiva" se ha utilizado como una forma de equilibrar los posibles beneficios de cualquier intervención clínica o de salud pública con los posibles daños de la intervención, incluidos aquellos asociados con la restricción de la autonomía. Un enfoque escalonado determina sistemáticamente si se requiere una medida restrictiva, si hay medidas menos intrusivas que se puedan aplicar en primera instancia y que sean igualmente efectivas, y en qué punto una medida más restrictiva es justificable. Se proponen las siguientes consideraciones para adoptar este enfoque, con una naturaleza dinámica para permitir flexibilidad a medida que evoluciona la evidencia y la situación: a) Hay un riesgo identificado y/o cierto de daño grave que debe ser eliminado de manera inminente; b) Otras opciones o medidas menos intrusivas para mitigar, evitar o eliminar riesgos y/o daños han sido agotadas o demostradas ineficaces; c) La intervención u opción propuesta será efectiva para eliminar el daño identificado, basado en la mejor evidencia disponible; d) Se espera razonablemente que la intervención propuesta resulte en un balance positivo y justo entre beneficios y daños para el paciente; e) Es factible intentar la intervención propuesta; f) La medida o tratamiento propuesto se seguiría en situaciones similares, y es justo y equitativo hacerlo en el presente caso.

Palabras clave: *Autonomía. Riesgo. Eficacia. Ética. Menor restricción. Equidad.*

***Correspondence:**
Alexandra Olmos-Pérez
E-mail: Alexandra.olmosperez@phsa.ca

Fecha de recepción: 15-05-2025
Fecha de aceptación: 01-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000012

Available online: 27-10-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):62-68
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/).

Introduction

Both in the clinical and public health spheres, the principle of "least restrictive, yet effective" has been used as a way to balance the potential benefits of any clinical or public health interventions with the potential harms of the intervention, including those associated with overriding autonomous choice[1].

While in public health, restrictions and mandates may be imposed in the presence of a significant threat to a community's health and wellbeing (i.e. restricting access to public gatherings during infectious disease outbreaks), or to mitigate unfair or disproportionate impacts of disease across the population, in clinical situations restrictive measures are employed to prevent and mitigate significant threat or harm to an individual's health and well-being (i.e. involuntary admission)[2]. This may not always result in general agreement (i.e. all individual members of a community providing free and informed consent or patient/substitute decision maker consent), which is why restrictive measures are deemed "ultima ratio", and would only be justified from an ethics standpoint in the presence of strong evidence of both efficacy and a positive and fair/equitable balance of benefits and harms. Similar to the impact of restrictive measures in public health on relationships with communities including Indigenous people and equity deserving groups, in clinical situations, the decision to escalate care to use more restrictive measures can be heavily impacted by and impact patient/family relationships with the healthcare team[3].

Clinical context: supporting choice and dignity

When making clinical care decisions, the main concern is the individual patient (considering their relational nature) and their wellbeing. This means that their views, values and perspectives should be centered when providing care, and that benefits, risks and harms will be determined from a patient centered approach.

Additionally in clinical situations, the healthcare provider and the patient/family develop a relationship, where proximity plays an important role in shaping expectations and responsibilities. Given the proximity of the relationship that exists in clinical situations (the interpersonal relationship that forms in this context between patient and provider) the asymmetry of power may be more evident between a patient and healthcare providers and institutions.

Every patient holds a right to consent to or decline medical interventions. For instance, patients may decline cancer treatment. This is a fundamental legal and ethical tenet to uphold in every clinical interaction. It is the healthcare provider's responsibility to ensure that, when appropriate and feasible, all interventions are explicitly consented to when caring for a patient, and that the appropriate/authorized decision-maker (whether it is the patient or their substitute decision-maker) has not only capacity to make that specific decision, but has received all information and supports needed to make that decision according to their views and values. Hence, consent should follow a thorough information process, which should be culturally safe and exhaustive to the patient's satisfaction.

The expertise of the healthcare provider puts them in a unique position to identify risks and harms to a person's health, and given their fiduciary duty towards patients/families, it is the provider's responsibility to communicate all risks of harm that are foreseeable according to their clinical judgment, and to propose evidence-informed interventions available to remove and reduce them. This information should be given in an objective way that properly portrays these in proportion with the expected benefits that may result from pursuing/not pursuing said intervention or treatment path.

Least restrictive, yet effective principle

Overriding an individual's preference and/or treating a person involuntarily or without their knowledge (e.g. covert administration of medication) could pose risks/harms (i.e. loss of trust, rapport, and willingness to engage in healthcare in the future, trauma, and other adverse medical outcomes), and without justification it could be deemed a violation to their human rights and dignity[4].

The use of overly restrictive measures may be legally challenging (i.e. measures may be found not in accordance with recognized human rights, etc.), and it may also undermine patient and family's trust and engagement, ultimately impacting the intended benefits of treatment.

While a more restrictive and/or involuntary measure may be ethically permissible in some situations (e.g. a patient who lacks capacity, or the presence of significant risk to themselves or others), if there is a possibility of any less invasive and/or traumatic alternative, this option should be attempted first. As an example, patients suffering from a serious mental health illness

that are putting themselves or others at risk may be admitted involuntarily, however interventions that are provided to the patient against their wishes should still be applied in the most least restrictive yet effective way (following "ultima ratio" logic for all interventions to bodily autonomy that are not specifically authorized)[5].

When caring for individuals, it is challenging to determine when an intervention will be perceived as more or less restrictive on their bodily autonomy. Every person will hold different views around what it means to be healthy, and what the roles of the healthcare provider and system are in relation to procuring health and wellbeing. Additionally, every person has a different relationship to power and oppression depending on their identity and context, and this may also shift when a person is seeking care given the added layer of vulnerability that pain, disease and care needs place on individuals. This is also influenced based on past experiences within and outside of the healthcare system/institution.

Therefore, if the level of intrusion is placed on a spectrum in relation to autonomy, the threshold of what is perceived as more or less intrusive can only be determined by the impact on the situation and the individual.

In order to navigate the challenges that may arise in determining when it is ethically justified to pursue a more intrusive measure, following the "least restrictive, yet effective" approach, a stepwise approach may be helpful in order to ensure that all efforts are exhausted before an escalation is sought, considering the harmful impact of treating a person against their will or without their knowledge.

A stepwise approach

A stepwise approach can help systematically determine when it would be ethically justified to move towards more intrusive measures (i.e. placing more limits on patient's autonomy), that can range within a spectrum of options and will look different according to the patient's clinical presentation and situation, resources and the level of risk present. A stepwise approach can also identify less intrusive yet effective measures within the spectrum of options as a first step and when a more restrictive measure is justifiable. This supports patient/family relationships, challenges biases and supports the relational nature of patients/families and healthcare teams.

The following considerations are proposed to adopt this approach. These are intended to be dynamic as evidence and the situation evolves. When deciding to move to more restrictive and intrusive measures, the following statements below can guide us in determining if the more intrusive measure is justified. Often having a list of intrusive measures from least restrictive to most restrictive could be helpful when determining whether to escalate care using these ethical guiding questions. For example, for a youth suffering from an eating disorder who is declining nutrition, there are a series of measures that can be applied on a wide range of restriction level to help the patient become medically stable. This can include voluntary feeding with a reward system (nudging), or negotiation, coercive measures (e.g. if meal plan is not completed orally, tube-feeding will be attempted), and then move towards involuntary feeding, and even pharmacological/chemical restraints and then physical/mechanical restraints as a last resort. In addition, as the stepwise approach to more intrusive measures is dynamic, the following guiding statements below can help determine if one should go back to a less restrictive measure.

This approach is proposed as a guide to providers whenever considering treating a patient against their will or without their knowledge, regardless of whether they have capacity to consent to an intervention and/or a Substitute Decision Maker is appointed and authorized to make decisions on their behalf.

This approach is being proposed within the Canadian healthcare system, and while recognizing the differences and nuances particular to this context, it might also help clinicians in other contexts when tasked to balance the respect for patient's autonomy and dignity with their duties to protect from risk and harm. That being said, it is important to consider legal and professional obligations depending on the jurisdiction of practice.

a. There is an identified/certain risk of serious harm that needs to be imminently removed.

While the general principle for all clinical interventions, as stated before, is that everyone has a right to consent to or decline healthcare interventions, ethical tensions arise when a person's choice conflicts with the duty that healthcare providers have to address foreseeable harms. This is also the departure point of various frameworks and tools largely used in clinical ethics[6-8] establishing serious risk of harm as a threshold to consider state intervention in challenging health-related choices, particularly in the context of pediatric patients (who lack capacity), where parents or caregivers act as Substitute Decision-Makers, and hence are bound to make decisions in the patient's best interest[9].

As an example, if a child is in severe and imminent risk (i.e. accident or disorder requiring life-saving interventions such as a blood transfusion or immediate surgical intervention) and parents are declining life sustaining treatment, state intervention may be appropriate versus if parents are declining treatment that does not put the child at significant and imminent risk (i.e. vaccines) state intervention may not be appropriate.

An important consideration when it comes to assessing risk in the clinical context is to look beyond the individual healthcare encounter and ensure the patient's views and values are centered, in order to avoid perpetuating and furthering power asymmetries and the harms of systemic oppression. This means that a wholistic approach to health and wellbeing should inform our view of risk and harm, and also that a harm reduction lens informs our practice[10] meaning that the absolute absence of risk/harm should not be the goal of healthcare.

The certainty of risk (according to the best available evidence) and its imminency are important assessment categories. It is relevant to note that in some situations risk is not currently present, but it is reasonably expected to occur, and to severely impact the patient's health and/or wellbeing or significantly interfere with care goals (e.g. it is determined that a pediatric patient is medically stable but their trajectory is declining and it is foreseeable that they will become medically unstable). This should be balanced with the imminent need for interference (whether or not action needs to happen quickly to remove risk of harm) and other harms that the intervention may cause in the present moment.

It is important to take into consideration other relevant legal obligations, such as the duty to control, duty to protect and duty to warn, that may result in state intervention (e.g. reporting abuse or responding to assault on staff, etc.). The threshold for these obligations is determined by the context of the situation and delineated by the applicable law[11].

b. Other less intrusive options or measures to mitigate, avoid or remove risks/harms have been exhausted/proved ineffective.

The sole presence of risk or harm itself does not immediately justify interfering with a patient's bodily autonomy. In most situations, seeking consent is still required. If other least restrictive yet effective options are available that reduce risk and harm with less intrusive measures, and all available treatment options and care paths should be offered and attempted to support the patient/family's choice. It is expected that all reasonable efforts are made to seek informed consent.

For instance, patients and families may want to attempt an option that carries more risk of harm, than what is recommended by the medical team (e.g. a patient who carries a high-risk gene mutation for breast cancer may choose not to pursue a recommended preventative surgery, such as a prophylactic mastectomy, and continue to monitor for breast cancer). Refusal of the medical team's recommendation alone does not justify treating the patient or family against their will. If a patient declines a treatment/recommendation and there are reasonable alternatives to the primary treatment recommended, the healthcare provider is ethically obligated to provide all options that are available to address the foreseen risks to a patient's health and wellbeing, as long as they are permissible, and even if they are suboptimal from a medical standpoint. The healthcare provider may encourage or recommend some options and discourage or advise against others.

As it has been previously stated, from a harm reduction perspective, an absolute absence of all risk or harm should not be attempted through individual healthcare interventions. Seeking options that are more acceptable for the patient or family should be defaulted unless absolutely needed to override parent/patient choice to remove certain and severe risk. If an available option would be less intrusive but not acceptable or appropriate, this should be explored in a way that is patient centered.

An option may be deemed exhausted only if the patient/family has been supported to attempt it and set up for success with the available resources.

If during the course of any intervention, an option that is less intrusive and effective becomes available as a viable option, it should be presented to the patient or family.

c. The proposed intervention or option will be effective to remove the identified harm, based on best evidence.

As we move up the escalation of intrusive measures it is important to consider whether the intrusive measure is effectively removing the harm.

The sole presence of risk and having attempted other less intrusive alternatives, does not immediately justify escalating to more intrusive measures, unless it is deemed that they will effectively remove or reduce said risk (considering again relevant legal obligations, as stated before), according to the best available evidence.

Limiting a person's autonomy by treating them against their will or without their knowledge can only be justified if it is reasonably expected (according to the best available evidence) that an intervention will effectively remove the risks previously identified, and it is considered best practice to attempt this intervention (e.g. a patient who is declining medication for a severe mental illness, such as schizophrenia, and is decompensating significantly unless treated).

If once the intervention is attempted, it is determined that it did not have the effectiveness previously projected, or it generates unintended and unexpected harms, the continuation of this intervention should be reconsidered (as long as its discontinuation does not pose higher risks of harm to the patient). In the same vein, as soon as the effective removal of risk materializes, de-escalation of intrusive measures should be sought, as long as appropriate.

d. The proposed intervention is reasonably expected to result in a positive and fair balance of benefits/harms to the patient.

There may be some unintended and unexpected harms as a result of an intervention, but it is important to continuously determine whether those are in balance with the benefits intended and expected. The potential benefits should align with the patient's views, values and perspectives around health and wellbeing. Any intervention on a person's autonomy should not create more harms or risks that the ones it seeks to prevent or remove.

If an intervention poses no direct benefits foreseeable to the patient (e.g. a measure is attempted to support safety of others and bears no benefit to the patient whatsoever), this measure would not be justified, as it does not uphold the principle of respecting a person's subjective autonomy (the right to be treated as an individual with self-purpose and worth)[12].

When outlining potential harms, it is important to consider the harm of overriding a person's bodily autonomy, including the traumatic consequences of treating a person against their will or without their knowledge (if we think about covert administration of medication, for example), and how this may impact a patient's trust, their future cooperation or engagement in treatment (which may also compromise the effectiveness/success of future interventions).

e. It is feasible to attempt the proposed intervention.

If an intrusive intervention is not available, or its effectiveness will not manifest as a result of lack of appropriate resources or supports or other contextual factors, pursuing the intended intrusive measure would not be ethically justified. Any intervention that limits a patient's autonomy that is not foreseen to be sustainable should not be attempted, as its benefits may be compromised, and the harms of overriding autonomy (and other potential risks related to the intervention itself) may outweigh said benefits.

- There may be times when a specific intervention's feasibility depends on the patient or family's cooperation or willingness, and so it is always recommended to partner with the patient or family as appropriate, and find the right supports to safely and effectively pursue an option (e.g. attempting to force a patient to engage in physiotherapy or occupational therapy, which is deemed essential for the success of surgery or treatment, when they have no access to such therapies in the community)

f. The proposed measure or treatment would be pursued in similar situations, and it is fair and equitable to do so in this case.

From an ethical standpoint, when an intervention will be attempted, especially when it is perceived as an intrusion on bodily autonomy or a challenge to a patient's or family's choices or preferences, it is important to consider equity and fairness.

Where there are morally relevant differences, different treatment may be justified, but the broader question for ethics would be what should constitute a morally relevant difference and what is fair and equitable when addressing this difference? For instance a youth may have a severe eating disorder with little support at home to participate in an outpatient eating disorder program safely, requiring treatment in hospital. In this case a patient is facing significantly more risk than others in similar situations given contextual factors that are not within their ability to control. However, it may also be true that they have less ability to resist the pursuit of a more intrusive measure, and thus the harms that will result from this attempt may be greater. Since the youth has limited support it is also important to preserve the therapeutic relationship and not cause more harm than we are seeking to remove. It also is important to consider whether the patient or family are facing barriers that could compromise less intrusive, voluntary approaches and their effectiveness.

Another important consideration when moving toward a more restrictive and intrusive measure is exploring why we feel a particular patient or family requires a

restrictive and intrusive measure. What is our bias, preconceived notions and default perspectives, informed by colonization, systemic racism, patriarchy and the oppressive systems we work in and that lay as a foundation to health systems and institutions?

If we attempt a measure that is more intrusive because we are assessing a person's risk, without challenging the oppressive systems and structures that create this risk, we are perpetuating the power structures that allow for their oppression. For example, when making a decision about whether to escalate care for patients who are unhoused, it is important to question whether these decisions are being made because of their unhoused status or best interest. In addition, if we override a patient or family's right to decline treatment, without considering their experiences of oppression, systemic discrimination and oppression resulting in mistrust we are perpetuating systems of oppression, racism and discrimination.

Additionally, the expectations that we hold of patients and families (e.g. compliance, cooperation, trust) are many times informed by underlying systems of oppression that precondition many of our interactions, especially within the healthcare system and institutions. We are not justified in attempting more intrusive measures solely because a person does not meet our expectations (e.g. a patient is not voluntarily adhering to medical recommendations or is behaving in ways we deem risky).

Self-awareness about our relation to power and privilege, is a good foundation to challenge the expectations and assumptions we make when determining the risk a person is actually facing, their ability to overcome this risk, and the way they interpret health and the role of healthcare when faced with risk. For instance, a cancer patient may decline chemotherapy because of the severe side effects resulting in limited mobility and energy. To this patient, having a quality of life where they can be independent may be more important that extending their life through chemotherapy. This could also be true for surgical intervention that results in absence from work or ability to support their family.

Healthcare continues to operate in colonial systems that perpetuate systemic discrimination, oppression, racism and indigenous specific racism, and awareness of how coloniality informs values, perspectives attitudes and behaviors for everyone involved is key. Therefore, treating someone against their wishes influenced by bias or our default thinking could perpetuate the harms of colonization.

From an equity standpoint, the following parameters should be met: a) The intervention should pose a direct benefit first and foremost for the patient; b) Barriers to attempt less intrusive options should be addressed and acknowledged and the patient/family should be well supported to overcome them.

When the decision involves an Indigenous family, it is important to consider every step of this approach through a lens of Indigenous cultural safety[13], and recognizing the particular impacts of colonial violence Indigenous patients and families face (especially in healthcare systems and institutions), and how these could be exacerbated if an overly restrictive approach to care is undertaken. Additionally, the colonial systems and structures that are still in place today, including healthcare, perpetuate systemic discrimination, oppression, racism and indigenous specific racism. This often results in barriers to access to services, care and support among indigenous communities. Institutional standards of capacity, and appropriate care standards often conflict with the lived experiences of indigenous communities and do not acknowledge indigenous world views and ways of knowing. As such it is vital to complete a thorough assessment considering indigenous world views and ways of knowing before deciding to move toward more intrusive and restrictive measures. It is also equally important to critically review potential bias and perspectives impacting decisions to use more restrictive means.

In any case, the patient and family should be involved continuously as much as they are willing and is appropriate, with the right supports and resources.

It is important to note that the approach proposed is not intended to be linear, and is best described as an iterative process, informed by evidence, guided by the patient and family's views and values, and revisited as the situation evolves or changes.

Conclusions

Bodily autonomy is one of the most important tenets of healthcare ethics, and any interference needs to be justified, following the "least restrictive, yet effective" interventions if it is deemed that lack of interference will result in unjust burden or harm. While the absolute removal of all risks is not an attainable goal in healthcare, there are situations in which the patient lacks

capacity to make a decision (and thus it would be unfair for them to bear the consequences of a choice they can't make), and/or where the level of risk present is so significant to the patient and/or to others, that treating a patient against their will or without their knowledge is ethically justifiable.

In these cases, clinicians are tasked with the ethically challenging exercise of balancing the respect for a patient's autonomy and dignity and their obligations to prevent and remove risks and harms that are reasonably foreseeable, and that may be effectively addressed through medical intervention.

A stepwise approach may help guide providers navigate decisions about the level of intervention that is ethically justified to remove risks. Following this approach, which is informed by the practice of ethicists in the Canadian context, a more intrusive intervention is ethically justified when: a. There is an identified/certain risk of serious harm that needs to be imminently removed; b. Other less intrusive options or measures to mitigate, avoid or remove risks/harms have been exhausted/proved ineffective; c. The proposed intervention or option will be effective to remove the identified harm, based on best evidence; d. The proposed intervention is reasonably expected to result in a positive and fair balance of benefits/harms to the patient; e. It is feasible to attempt the proposed intervention; and f. The proposed measure or treatment would be pursued in similar situations, and it is fair and equitable to do so in this case.

Funding

The authors declare that this work was carried out with the authors' own resources.

Conflicts of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Ethical considerations

Protection of humans and animals. The authors declare that no experiments involving humans or animals were conducted for this research.

Confidentiality, informed consent, and ethical approval. The study does not involve patient personal data nor requires ethical approval. The SAGER guidelines do not apply.

Declaration on the use of artificial intelligence. The authors declare that no generative artificial intelligence was used in the writing of this manuscript.

References

1. Byskov MF. Qualitative and quantitative interpretations of the least restrictive means. Bioethics. 2019;33(4):511-521. doi:10.1111/bioe.12548.
2. Giubilini A. Vaccination policies and the principle of least restrictive alternative: an intervention ladder. In: Giubilini A, editor. The ethics of vaccination [Internet]. Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019. p. 55-78. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538385/ doi:10.1007/978-3-030-02068-2_3.
3. Butterworth H, Wood L, Rowe S. Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. BJPsych Open. 2022;8(6):e178. doi:10.1192/bjo.2022.574.
4. Kolar M, Varcoe C, Brown H, Einboden R. Involuntary psychiatric treatment and the erosion of consent: a critical discourse analysis of mental health legislation in British Columbia, Canada. Health (London). 2023;27(6):1076-1095. doi:10.1177/13634593221096241.
5. Young JM, Everett B. When patients choose to live at risk: what is an ethical approach to intervention? BCMJ. 2018;60(6):314-318.
6. Diekema DS. Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention. Theor Med Bioeth. 2004;25(4):243-264. doi:10.1007/s11017-004-3146-6.
7. Diekema DS. Decision making on behalf of children: understanding the role of the harm principle. J Clin Ethics. 2019;30(3):207-212.
8. Mercurio MR, Cummings CL. Critical decision-making in neonatology and pediatrics: the I-P-O framework. J Perinatol. 2021;41(1):173-178. doi:10.1038/s41372-020-00841-6.
9. Coughlin KW. Medical decision-making in paediatrics: infancy to adolescence. Paediatr Child Health. 2018;23(2):138-146. doi:10.1093/pch/pxx127.
10. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Friedman MR, Tula M, et al. Harm reduction principles for healthcare settings. Harm Reduct J. 2017;14:70. doi:10.1186/s12954-017-0196-4.
11. Hall MI. Duty to protect, duty to control and the duty to warn. Can Bar Rev. 2003;82(3):645-676.
12. Nuechterlein A, Olmos Pérez A, Rossi F, Swift J, Townson A, Illes J. Toward a person-centered ethics framework for autonomy in spinal cord injury research and rehabilitation. PM R. 2024;16(10):1154-1161. doi:10.1002/pmrj.13146.
13. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine SJ, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. Int J Equity Health. 2019;18:174. doi:10.1186/s12939-019-1082-3.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ARTÍCULOS Y APORTACIONES

Guías bioéticas de asignación de recursos en salud. Valiosas herramientas de uso cotidiano, no solo en situaciones críticas

Bioethical guidelines for resource allocation in healthcare. Valuable tools for daily use, not only in critical situations

Ivette M. Ortiz-Alcántara

Bioética médica, Instituto de Ética Biomédica e Historia de la Medicina, Universidad de Zúrich, Suiza

Resumen

Existen guías de práctica clínica para contextos y enfermedades específicas, sin embargo, los dilemas bioéticos acerca de la asignación de los recursos sanitarios, que también son una parte fundamental en la atención a los pacientes, no se abordan de forma importante en las diferentes guías. Este trabajo propone la creación de guías bioéticas de asignación de recursos a la par de cada guía de práctica clínica como herramientas no solo durante una emergencia sanitaria, sino de forma cotidiana.

Palabras clave: *Bioética. Triaje. Guía de asignación de recursos. Guía de práctica clínica.*

Abstract

Clinical practice guidelines exist for specific contexts and pathologies. However, bioethical dilemmas regarding the allocation of healthcare resources are also fundamental to patient care. Yet, these dilemmas are not addressed in any significant way in the various guidelines. This paper proposes creating bioethical guidelines for resource allocation to accompany each clinical practice guideline. These guidelines would serve not only as tools for use during health emergencies, but daily.

Keywords: *Bioethics. Triage. Allocation Resources Guideline. Clinical practice guideline.*

Correspondencia:
Ivette M. Ortiz-Alcántara
E-mail: ivette181282@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 15-05-2025
Fecha de aceptación: 01-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000013

Disponible en línea: 03-11-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):69-74
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

En un contexto directamente relacionado con los pacientes, de forma cotidiana ya sea a nivel hospitalario o en consulta diaria, los profesionales de la salud deben tomar decisiones fundamentales que impactarán en la salud y la vida del paciente. Una parte importante de estas también incluye una microasignación de recursos en salud[1], ya que para la atención médica el requerimiento de recursos siempre es alta y podrían no ser suficientes para cubrir las necesidades.

En virtud de lo anterior, es importante observar la relación y las diferencias entre el triaje y la asignación de recursos. El triaje es el proceso de desarrollar y utilizar criterios de priorización de pacientes que necesitan atención médica, con el objetivo de usar los recursos de forma efectiva y eficiente de la mejor forma posible[2]. Según Rivera-López, el triaje son las decisiones en las cuales debe determinarse la asignación de uno o más recursos sanitarios potencialmente salvadores[3]. Se observa que, si bien el punto central del triaje es priorizar pacientes según sus necesidades médicas, esto conlleva que en esta decisión se asignen los recursos a determinada persona.

Es fundamental mencionar que desde el punto de vista clínico, los médicos pueden priorizar y tomar decisiones no solo de acuerdo con el estado del saber de la ciencia médica (*lex artis*)[4], también se apoyan en las directrices indicadas en las diferentes guías de práctica clínica (GPC)[5], que son los documentos que proporcionan información actualizada y basada en evidencia científica para la atención de los pacientes. Para cumplir el objetivo de utilizar los recursos de la mejor forma posible, es necesario justificar las decisiones y mostrar que son en todo caso el mejor curso de acción específico para cada trastorno y paciente, esto basándose en evidencia científica demostrable que, mediante consenso profesional, ofrece técnicas diagnósticas y de tratamiento validadas[6].

Las GPC, entonces, son esenciales para estructurar, estandarizar y evaluar los conocimientos médicos acerca de una afección específica, de tal forma que disminuya la diversidad de variables debidas a la incertidumbre[7] y así mantener la calidad en la atención médica[8]. De forma permanente, en diferentes áreas de la medicina como la de trasplantes de órganos y en sistemas de salud con recursos sanitarios limitados es habitual que se tenga que decidir la asignación de recursos[9].

Sin embargo, en la mayoría de estas guías los aspectos bioéticos y directrices de asignación de recursos no se abordan de forma más amplia. Utilizando el caso de la pandemia de COVID-19, se observan áreas de oportunidad en este sentido. Durante esta crisis, los médicos tuvieron que realizar triaje de pacientes y asignar recursos entre las necesidades de los pacientes afectados por la COVID-19 y aquellos pacientes que también los necesitaban por otras causas[10,11].

Con el objetivo de proveer criterios orientadores, se publicó la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*[12], sin embargo, el periodo crítico de incertidumbre epistémica no creó las circunstancias idóneas para que los rebasados servicios de salud y el personal médico tuviera el tiempo necesario de conocer y considerar dichas recomendaciones[13]. Se hace evidente la necesidad de crear guías bioéticas para la asignación de recursos (GBAR), como instrumento que disminuye la incertidumbre y da soporte bioético, no solo de enfermedades emergentes o en situaciones de crisis sanitaria, sino también para la práctica médica cotidiana, por ejemplo, cubriendo las enfermedades para las cuales existen GPC.

Metodología

Con el objetivo de visibilizar la necesidad de contar de forma permanente con guías bioéticas de asignación de recursos en salud y proponer que se creen a la par de las GPC para diferentes afecciones y niveles de atención, como herramienta fundamental que ayude a resolver de forma eficiente los conflictos éticos en la asignación de recursos en salud, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes fases: se localizaron GPC, artículos académicos, libros o capítulos de libro publicados en inglés y español en PubMed, Redalyc, Research Gate y Google Scholar, así como portales gubernamentales, medios de comunicación en línea, periódicos, revistas y blogs. Se utilizaron las palabras clave: “Bioética”, “Triaje”, “Guía de Asignación de Recursos”, “Guía de Práctica Clínica”. Se utilizaron los documentos que abordaran al menos una de las palabras clave de la búsqueda.

La primera parte del trabajo aborda qué son las GPC y qué contenido, desde el punto de vista bioético, coadyuva en la toma de decisiones de asignación de recursos sanitarios. También se presenta qué es la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia* y por qué se emitió durante la pandemia de COVID-19.

En la segunda parte del artículo se presentan algunas problemáticas de no contar con GBAR y qué aspectos

podrían beneficiarse de contar con estas guías aplicadas para diferentes enfermedades y de forma cotidiana, no solo en crisis sanitarias emergentes. Y, finalmente, las conclusiones.

Guías de práctica clínica y guías bioéticas de la asignación de recursos sanitarios

Las GPC son una herramienta conductora en la atención médica que, por medio de recomendaciones basadas en la evidencia científica más actual, tienen por objetivo establecer un referente que favorece la toma de decisiones clínicas, para contribuir a la calidad y efectividad de estas[14].

Existen 64 GPC, disponibles en el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud[5]. Solamente en dos de ellas los aspectos bioéticos son fácilmente identificables:

- En la *Guía de diagnóstico de muerte encefálica y manejo del potencial donante de órganos*, en la que se cita: «Declarar muerte encefálica es responsabilidad de los médicos, sobre todo de las áreas críticas, es un acto de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética, legal y cuya solución reclama una reflexión basada en la dignidad de la persona. Los principios éticos más relevantes que considerar son: respeto y defensa de la vida, respeto a la libertad o autonomía de los individuos y el principio de la no instrumentalización del ser humano»[15,16].
- El segundo caso es la *Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas*, Versión 3. En la sección de Recomendaciones para el manejo de pacientes adultos críticos con coronavirus, cada una de las preguntas es seguida por las siguientes consideraciones bioéticas: «balance riesgo-beneficio, preferencias de los pacientes, aplicabilidad e impacto en la equidad y el uso de recursos». Esta guía aborda estrategias para realizar triaje y uno de los puntos sobresalientes es que también considera las dificultades para implementar las recomendaciones por la falta de recursos y que hace hincapié en la importancia de que los profesionales sanitarios se encuentren capacitados para llevar a cabo este proceso[17].

Cuando no existe una emergencia de salud pública, el objetivo primordial de la práctica médica cotidiana es prevenir, tratar o curar las enfermedades o padecimientos de un paciente concreto. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia son de relevancia para dicha práctica. Durante una emergencia sanitaria, como la de la COVID-19, la mayor parte de la práctica médica cotidiana se integra a la práctica de la salud pública, que cuenta con herramientas necesarias para reorganizar todo el ámbito de la salud y hacer frente a la emergencia teniendo como objetivo primordial que la salud de la población sea la mejor posible de acuerdo con la cantidad de recursos disponibles. De tal forma que, durante el 2020, el Consejo General de Salubridad publicó la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*[12], con el objetivo de «proporcionar criterios para orientar la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer»[18].

A la luz de lo anterior, es posible pensar entonces, ¿qué pasa cuando en la práctica médica cotidiana los recursos disponibles son escasos, como sucede en la práctica de la salud pública en emergencias?

¿Por qué se deberían emitir GBAR para la práctica médica cotidiana y no solo durante situaciones de emergencias sanitarias?

La respuesta al cuestionamiento previo requiere separar las circunstancias de emergencia sanitaria como epidemias y las circunstancias cotidianas, para así mencionar algunos antecedentes, ejemplos y datos que ayuden a entenderlo de forma práctica.

Por un lado, en 2003 se creó el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza a través de todas las instituciones públicas federales que integraron el Comité Nacional para la Seguridad en Salud (CNSS)[19]. Posteriormente, en 2009, debido a la pandemia por influenza A (H1N1) este plan fue actualizado y adecuado, con el objetivo de «disminuir el impacto de la influenza estacional, o el de una pandemia de influenza, en la salud de la población mexicana, mediante la oportuna instrumentación del plan y la óptima utilización de los recursos existentes…»[20]. En ese momento no se publicó una guía bioética para asignar u optimizar el uso de los recursos. Posterior a esta pandemia, se publicaron diferentes documentos mostrando las lecciones y retos que se aprendieron de este episodio. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) concluyó que contar con planes específicos en los servicios de salud ayudó a mejorar las medidas de triaje y que estas medidas resultaron más eficaces

cuando se habían desarrollado y probado previo a la pandemia. Además recomendó que las medidas de protocolos clínicos deberían adoptarse antes de que se produzcan emergencias, de tal forma que todo el personal pueda recibir la información y conocerla, ya que durante la emergencia es difícil compartir directrices y protocolos[21].

A pesar de contar con estas recomendaciones, no se observó la emisión de ningún documento que abordara las cuestiones bioéticas de asignación de recursos sino hasta abril de 2020, cuando la pandemia de COVID-19 ya afectaba de forma importante al país, entonces se publicó la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. Sin embargo, como lo refiere Holzer, esta pandemia fue un periodo crítico de incertidumbre epistémica sin condiciones idóneas para que el personal médico tuviera el tiempo necesario de conocer y considerar dichas recomendaciones[13].

Entonces, es muy importante destacar que existían ya antecedentes de recomendaciones que mostraban que contar con guías y protocolos previamente a las emergencias sanitarias mejoraba la respuesta y se podrían evitar consecuencias que afectan directamente al personal de salud, por ejemplo, los riesgos y daños a la salud mental de estos profesionales, especialmente cuando debían decidir cómo utilizar un recurso cada vez más escaso en pacientes igualmente necesitados bajo circunstancias que escapan de su control, produciendo que se sientan incapaces de tomar una medida éticamente adecuada o correcta, lo que se conoce como estrés moral[22], el cual incrementa cuando el profesional de la salud percibe que sin los recursos necesarios su atención al paciente no es la adecuada, generándose así un conflicto entre sus valores éticos y la realidad operativa[23].

Un ejemplo de estas circunstancias se encuentra en los resultados de un estudio que realizó 11 entrevistas exploratorias a médicos, acerca de su punto de vista sobre la asignación de recursos sanitarios en México en situaciones críticas. Se observó que ninguno de estos profesionales sanitarios tuvo conocimiento de la existencia o acceso a una guía o algún otro documento que coadyuvara en la toma de decisiones en el triaje y la asignación de recursos, resultando que de forma empírica usaron los criterios de orden de llegada y necesidad médica para determinar el orden de quién recibiría atención. Desafortunadamente, cuando el resultado clínico no era favorable, generalmente familiares de los pacientes ejercían presión o reclamo a los médicos tratantes, situación que afectó su salud mental, como lo refleja la siguiente cita: «…el paciente murió, entonces esa familia tiene resentimiento conmigo, porque no lo pudimos tratar en el hospital» (TS, médico que trabaja en región sur, comunicación personal 2022)[24].

Además, el criterio de orden de llegada, es decir, el primero en llegar es el primero en atenderse, fue uno de los que más desacuerdos causó en diferentes guías internacionales de recomendaciones para realizar triaje durante la pandemia de COVID-19 (como las de Italia, Suiza, Gran bretaña y EE.UU.) y finalmente se recomendó no utilizarlo con el fin de evitar desventaja en aquellos que llegaban más tarde por razones fuera de su control[25], considerando aspectos de justicia social y determinantes sociales de la salud, como el lugar de vivienda (dependiendo del cual las personas que habitan en zonas de difícil acceso tardarían mucho más tiempo en poder acceder a un servicio de salud, perpetuando así una desigualdad en el acceso a la salud); mostrando así que estos criterios probablemente no fueron el mejor curso de acción, pero no se vislumbró una alternativa diferente en ese momento.

Por otro lado, debemos observar que los recursos en salud no han sido escasos únicamente durante las pandemias, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en una de sus notas técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud en 2021, el sector de salud público en México enfrenta problemáticas como falta de establecimientos de salud cercanos o accesibles para toda la población o, en casos donde estos existen, no cuentan con suficiente personal médico o recursos materiales para cubrir las necesidades en salud[26]. También, como lo refiere una publicación en el sitio web del Instituto Nacional de Salud Pública, la falta de algún recurso en salud es una de las causas por las que existe en la última década una tendencia de la población que, aunque sea beneficiaria de algún servicio público de salud, prefieren acudir a un medio privado[27].

Estas son algunas situaciones que hacen visible un área de oportunidad en donde las GBAR podrían ser una alternativa y un instrumento de gran importancia en la aplicación de la bioética en la medicina.

Beneficios de guías de asignación de recursos en la práctica clínica diaria

Se ha observado que de forma cotidiana el personal médico tiene que asignar recursos que no son suficientes para cubrir todas las necesidades. De tal forma que los fundamentos bioéticos serían una alternativa

adecuada para asegurar que se apeguen a principios éticos y sea lo más justa posible; proveyendo de un conjunto de criterios prudenciales que ayuden a evitar una mala práctica médica y orienten en la toma de decisiones[28], se podría disminuir el estrés moral ocasionado por trabajar en condiciones laborales negativas como lo es prestar atención médica cuando los insumos necesarios son escasos o inexistentes. Aplicar los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia al atender a pacientes es la única forma de ayudarse ante esta situación, esto referido en entrevistas a médicos de diferentes áreas, como anestesiología, ortopedia, cirugía general y medicina general[24].

Ante la importancia de la aplicación de principios éticos en la práctica médica, existen actores que trabajan incansablemente para que este campo siga fortaleciéndose. Órganos desconcentrados como la Comisión Nacional de Bioética ya realizan esta tarea, a la cual se podrían sumar colegios y asociaciones médicas para generar las GBAR, en lo que corresponda a cada una de sus áreas de interés, creando una sinergia de trabajo y complementariedad entre profesionales de la salud, integrantes de comités hospitalarios de bioética, académicos, pacientes y representantes de la sociedad.

Por ejemplo, existe la *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana*. Refiere la evidencia de los criterios de cuándo se debe referir a un paciente a un nefrólogo y cuándo deberían entrar a diálisis[29]; sin embargo, cómo debería el médico tratante tomar esta decisión cuando no existen insumos necesarios para realizar diálisis y tenga que decidir el orden para la referencia de pacientes.

Utilizando la misma GPC, también refiere que según la evidencia de algunos estudios en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), las estatinas son los medicamentos que disminuyen el colesterol en la sangre, redujeron el riesgo de mortalidad cardiovascular y de toda causa. Entonces, ¿cómo debería ser el curso de acción de un médico que probablemente en un día de consulta atenderá a 25 pacientes con ERC, de los cuales todos se beneficiarían de incluir estatinas a su tratamiento, pero solo existieran 10 tratamientos disponibles? En este contexto, una GBAR sería una herramienta, que no sería de observancia obligatoria, pero sí de mucha utilidad.

De tal forma que, al introducir una GBAR de forma permanente con la ayuda de los comités hospitalarios de bioética, para la socialización e implementación con todo el personal del hospital, tal como lo refiere la guía emitida por el Consejo de Salubridad General[18], se disminuirían contextos de improvisación en el cuidado de la salud, donde algunas decisiones son realmente difíciles y pueden resultar en algún daño no intencional a los pacientes[30].

Conclusiones

El propósito de este trabajo es visibilizar la necesidad de contar de forma permanente con guías bioéticas de asignación de recursos en salud, que se apliquen a la par de las GPC y así entender la importancia de los aspectos éticos en la asignación de recursos en salud no solo en situaciones críticas, sino como herramienta fundamental en la asistencia sanitaria cotidiana, además de sumar alternativas que faciliten y mejoren la calidad de la atención médica.

Agradecimientos

La autora agradece a la Comisión Nacional de Bioética, por la oportunidad de colaborar en la tarea de cultivar la cultura bioética en México.

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 y/o para la creación de pies de tablas, leyendas de figuras u otros similares.

Referencias

1. Jonsen AR. Bioethics and the health care system. En: Jonsen AR, editor. Bioethics beyond the headlines: Who lives? Who dies? Who decides? Lanham (MD): Rowman & Littlefield Publishers; 2005. pp. 101-16.
2. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Rivera-López E, Abal F, Rekers R, Holzer F, Melamed I, Salmún D, et al. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. Rev Bio y Der [Internet]. 2020 [citado 8 de mayo de 2025];50:37-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343290473_Propuesta_para_la_elaboracion_de_un_protocolo_de_triaje_en_el_contexto_de_la_pandemia_de_COVID-19.
4. Consejo Mexicano de Medicina Interna, A.C. Lex Artis Ad Hoc. México: Consejo Mexicano de Medicina Interna; 2022 [citado 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.cmmi.org.mx/regulacion/docs/Lex_Artis_Ad_Hoc_CMMI_2022.pdf.
5. CENETEC-Salud. Catálogo maestro de guías de práctica clínica [Internet]. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; [citado 2025 oct 21]. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/.
6. Vázquez-Cantú BV, Muñoz-Zurita G. Conocimiento sobre el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-México) en estudiantes de Medicina. Investig Educ Med [Internet]. 2012 [citado 8 de mayo de 2025];1(4):176-82. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000400004&lng=es.
7. Abdo-Francis JM. Guías de práctica clínica: ¿cuál es su utilidad real? Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2016 [citado 8 de mayo de 2025]; 81(3):119-20. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-guias-practica-clinica-cual-es-articulo-S0375090616300490.
8. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet [Internet]. 1993 [citado 8 de mayo de 2025];342:1317-22. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369392244N.
9. Rivera-López E, Abal F, Rekers R, Holzer F, Melamed I, Salmún D, et al. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. Rev Bio Der [Internet]. 2020 [citado 8 de mayo de 2025];50:37-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343290473_Propuesta_para_la_elaboracion_de_un_protocolo_de_triaje_en_el_contexto_de_la_pandemia_de_COVID-19.
10. Kirkpatrick JN, Hull SC, Fedson S, Mullen B, Goodlin SJ. Scarce resource allocation and patient triage during the COVID-19 pandemic: JACC review topic of the week. J Am Coll Cardiol. 2020;76(1):85-92. doi: 10.1016/j.jacc.2020.05.006.
11. Vinay R, Baumann H, Biller-Andorno N. Ethics of ICU triaje during COVID-19. Br Med Bull [Internet]. 2021 [citado 8 de mayo de 2025]; 138(1):5-15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34057458/.
12. Consejo de Salubridad General. Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia [Internet]. Ciudad de México: Consejo de Salubridad General; 2020 abr 30 [citado 2025 oct 21]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf.
13. Holzer F, Ortiz-Alcántara IM, Eichinger T, März JW. Proportionality and Mexico's pandemic management during the COVID-19 crisis. Dev World Bioeth [Internet]. 2024 [citado 8 de mayo de 2025];24(4):302-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/374799352_Proportionality_and_Mexico's_pandemic_management_during_the_COVID-19_crisis.
14. Gobierno de México. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del CENETEC [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/difnacional/documentos/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-65598.
15. Diagnóstico de muerte encefálica y manejo del potencial donante de órganos. Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones [Internet]. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2019 [citado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SSA-488-2019/ER.pdf.
16. Pérez-Hernández I. Aspectos éticos en la donación de órganos, más allá de solo generosidad. Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2016 [citado 8 de mayo de 2025];27(Supl 1):S76-S78. Disponible en: https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2016s100017.pdf.
17. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Versión 3 [Internet]. Washigton, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 [citado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-COVID-19/Guias-COVID-19-vl.pdf.
18. Consejo de Salubridad General. Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia [Internet]. México: Consejo de Salubridad General [citado 25 Jul 2025]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf.
19. Kuri-Morales P, Betancourt-Cravioto M, Velázquez-Monroy O, Alvarez-Lucas C, Tapia-Conyer R. Pandemia de influenza: la respuesta de México. Salud Pública Méx [Internet]. 2006 [citado 10 septiembre 2025];48(1):72-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100011&lng=es.
20. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud, Gobierno de México; 2009 [citado 10 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/356290/Plan_Nacional_Influenza.pdf.
21. Organización Panamericana de la Salud. Response to Pandemic (H1N1) 2009 in the Americas: Lessons and challenges [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2009 [citado 10 septiembre 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/Lessons-learned-2010-H1N1.pdf.
22. Canadian Medical Association. COVID-19 and moral distress [Internet]. Ottawa: Canadian Medical Association; 2020 Mar [citado 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://digitallibrary.cma.ca/media/Digital_Library_PDF/2020%20Moral%20distress%20EN.pdf.
23. Kherbache A, Mertens E, Denier Y. Moral distress in medicine: an ethical analysis. J Health Psychol [Internet]. 2021 [citado 21 de mayo de 2025];27(2):135910532110145. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351323193_Moral_distress_in_medicine_An_ethical_analysis.
24. Ortiz-Alcántara IM, Holzer F. Violencia y pandemia por COVID-19: punto de vista de médicos acerca de escasos recursos en salud durante situaciones críticas [Internet]. 2025 [citado 21 de mayo de 2025];36(1):205-89. Disponible en: https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/2744.
25. Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. Bioethics [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2025];34(9):948-59. Disponible en https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/190439/.
26. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020 [Internet]. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social; 2021 [citado 10 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf.
27. Instituto Nacional de Salud Pública. Utilización de servicios públicos de salud en México: uno de los retos críticos del sistema de salud [Internet]. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública [citado 11 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.insp.mx/informacion-relevante/utilizacion-de-servicios-publicos-de-salud-en-mexico-uno-de-los-retos-criticos-del-sistema-de-salud.
28. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? An ethical analysis. Med Health Care Philos [Internet]. 2004 [citado 21 de mayo de 2025];7(1):41-53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8567205_What_is_the_role_of_empirical_research_in_bioethical_reflection_and_decision-making_An_ethical_analysis.
29. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: ER-335-09 [Internet]. Ciudad de México: IMSS-CENETEC [citado el 10 de septiembre de 2025]. Disponible en : https://cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-335-09/ER.pdf.
30. Medina-Arellano MJ, Palacios-González C, Santos-Preciado JI. Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica del Consejo de Salubridad General en México. Salud Publica Mex. 2020;62:607-9. doi: 10.21149/11747.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ARTICLES AND CONTRIBUTIONS

Palliative surgery: when should we stop?

Cirugía paliativa: ¿hasta cuándo parar?

*Noel Zaragoza-Cruz[1], Javier Portilla-Segura[2], and Jazel Barragán-Zúñiga[3]**

[1]Departamento de Cirugía Oncologíca; [2]Departamento de Cuidados Paliativos; [3]Departamento de Investigación y Enseñanza. Centro Estatal de Cancerología, Secretaria de Salud del Estado de Durango, Durango, México

Abstract

Palliative surgery plays a crucial role in alleviating distressing symptoms in patients with advanced oncologic disease. However, disproportionate interventions risk compromising dignity and extending suffering without meaningful benefit. This argumentative review critically examines bioethical principles guiding surgical decision-making in palliative care, drawing on international clinical guidelines and Mexican legal frameworks. By analyzing autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, we highlight the ethical challenges in balancing symptom relief with therapeutic proportionality. A clinical case illustrates the importance of shared decision-making, interdisciplinary collaboration, and respecting advance directives. Our findings emphasize that surgical interventions should be guided not by procedural reflex but by ethical discernment, ensuring patient dignity and equitable care in resource-limited contexts.

Keywords: *Palliative surgery. Bioethics. Autonomy. Therapeutic proportionality. Advance directivess.*

Resumen

La cirugía paliativa constituye una herramienta fundamental para aliviar síntomas incapacitantes en pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. No obstante, las intervenciones desproporcionadas corren el riesgo de comprometer la dignidad del paciente y prolongar el sufrimiento sin aportar un beneficio significativo. Esta revisión argumentativa analiza críticamente los principios bioéticos que deben guiar la toma de decisiones quirúrgicas en cuidados paliativos, considerando guías clínicas internacionales y marcos legales mexicanos. Se examinan los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, destacando los dilemas éticos entre el alivio sintomático y la proporcionalidad terapéutica. Un caso clínico ilustra la importancia de la toma de decisiones compartida, la colaboración interdisciplinaria y el respeto a las voluntades anticipadas. Los hallazgos subrayan que las intervenciones quirúrgicas deben estar regidas por el discernimiento ético y no por un automatismo procedimental, garantizando la dignidad del paciente y un uso equitativo de los recursos en contextos con limitaciones estructurales.

Palabras clave: *Cirugía paliativa. Bioética. autonomía. Proporcionalidad terapéutica. Voluntades anticipadas.*

***Correspondence:**
Jazel Barragán-Zúñiga
E-mail: ljbarraganz@gmail.com

Date of reception: 14-05-2025
Date of acceptance: 02-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000014

Available online: 30-10-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):75-79
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/).

Introduction

Palliative surgery is an essential tool in the comprehensive management of patients with advanced oncologic diseases, as it focuses on relieving debilitating symptoms such as pain, obstructions, bleeding, or recurrent infections. Its purpose is not curative, but rather to improve quality of life in the context of a limited prognosis[1]. However, when these interventions exceed the limits of expected clinical benefit and begin to compromise the patient's dignity or unnecessarily prolong suffering, there arises an ethical risk of engaging in therapeutic obstinacy[2]. Palliative care does not imply a complete withdrawal from medical or surgical interventions, but rather demands a careful balance between symptom relief and the proportionality of the medical act[3]. Among the commonly employed procedures in palliative surgery are tracheostomy for patients requiring prolonged ventilation, the placement of prostheses or stents for gastrointestinal or biliary obstructions, urinary diversions in cases of ureteral obstruction, and palliative colostomies in unresectable intestinal blockages. However, there are also major interventions such as exploratory laparotomies or tumorectomies in patients with a life expectancy of less than one month, in which a true improvement in quality of life is rarely achieved. This contrast highlights the ethical and clinical need for discernment when selecting which surgical approaches provide real benefit to the patient. In this regard, each decision should be guided by a joint evaluation involving the patient, their family, and the healthcare team, prioritizing respect for autonomy, therapeutic proportionality, and quality of life. From a bioethical perspective, it is essential to question the boundary between a reasonable intervention and a disproportionate action[4]. Surgical procedures that, although they may extend survival, significantly impair quality of life or contradict the values expressed by the patient must be carefully evaluated[5]. Acceptance of the natural course of the disease by both the medical team and the family, along with clear and honest communication about the prognosis, are key elements in preventing interventions that may violate the principle of non-maleficence[6]. The aim of this study calls to provide a critical analysis of the bioethical principles underlying surgical decision-making in palliative care, integrating international clinical guideline recommendations with a reflection on their practical application in the Mexican context. It also proposes ethical-clinical criteria to help identify potentially disproportionate interventions, in order to safeguard the patient's autonomy, dignity, and well-being.

Materials and methods

An argumentative analysis was conducted using scientific literature, clinical guidelines, and national and international legal frameworks related to palliative care, informed consent, and advance directives. Original articles, reviews, and normative documents published between 2005 and 2024 in English and Spanish were considered. The search was performed in PubMed, Scielo, and Google Scholar using terms such as "palliative surgery", "bioethics", "advance directives", and "Mexico healthcare". Normative documents from the World Health Organization and the Mexican National Bioethics Commission were specifically consulted[7]. The final selection included 45 references addressing palliative surgery from clinical, ethical, and legal perspectives. The argumentative analysis was structured around the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, applying them critically to the Mexican context and within the framework of relevant Mexican legislation. As a theoretical review with no human subjects or interventions, ethics committee approval was not required. Findings from the argumentative review were synthesized into a conceptual flowchart, illustrating the main decision-making criteria (risks, patient condition, and expected benefits) as derived from the literature, clinical guidelines, and normative documents. This visual synthesis was designed to facilitate the practical application of the ethical principles identified in the analysis.

Critical bioethical analysis

While palliative surgery is often recognized for its potential to alleviate suffering in advanced cancer[1], its ethical implications are frequently underexplored. Beyond technical feasibility or symptom relief, each surgical decision demands a critical assessment of whether the intervention aligns with the patient's values, prognosis, and cultural environment[8-10]. In this context, a review of literature from diverse sources and sociocultural settings reveals that some ethical principles in surgical care are often compromised in practice[6]. Traditional conceptions of autonomy, grounded in rational choice and decisional independence, may not adequately reflect the lived reality of patients nearing the end of life. As Houska et al.[11] suggests, autonomy in palliative care encompasses far more than informed consent; it includes the ability to maintain a sense of normalcy, engage in meaningful daily activities, contribute to others, and prepare actively for death.

Other aspects, such as advance care planning or voluntary assisted dying, may not be available in some countries or not be regulated by any law[12,13]. Also, beneficence and non-maleficence demand a careful balance between the intention to alleviate suffering and the risk of worsening it through invasive procedures. As Cheraghi et al. emphasize, such decisions often involve not only the patient, but also family and broader societal expectations, and require more than technical feasibility[14]. Palliative surgical interventions may be ethically unjustified when they fail to provide meaningful relief or prolong the dying process[15]. Ethical discernment must prioritize the patient's dignity, lived experience, and goals of care[16]. Nevertheless the decision never should be taken unilaterally but always in an informed but also shared decision towards a person-centred care[17]. Moreover, ethical reflection must also extend beyond the individual patient, particularly in settings where clinical choices are constrained by systemic limitations[18,19]. Justice becomes critically relevant in resource-limited health systems, where offering high-cost, low-benefit procedures can jeopardize equitable access to care[20]. Disproportionate allocation of surgical resources to patients with limited prognosis may reflect institutional pressures more than ethical justification[21].

Surgical decision-making in palliative care must be grounded in clear and ethically defensible criteria that consider both clinical indicators and the values of the patient[22]. Intervening should never be the default course of action, particularly in cases involving advanced illness[1], functional decline[23], or limited prognosis. Instead, a set of core considerations can help guide clinicians toward decisions. Adequate timing is also relevant, as some palliative surgical procedures must be performed "early" and not only at the end of the treatment time lapse[24]. Functional state and prognosis are key elements in evaluating surgical appropriateness. This involves assessing the patient's estimated life expectancy and pre-existing functional capacity. Patients with poor performance status, advanced disease burden, or significant comorbidities are less likely to benefit from invasive interventions and more susceptible to postoperative complications[22]. There is some evidence showing better oncologic results in as the Karnofsky Performance Status (KPS) is higher[25], as a clinical inference we should prefer doing surgical interventions as early as is possible and not waiting until KPS is very poor. Another objective tool is the Palliative Prognostic Index, wich has shown a very good performance predicting mortality, with good sensitivity and specificity when it is higher than six points[26]. A careful balance must be struck between the surgical burden and the anticipated benefit. This includes weighing the risks associated with anesthesia, the potential for postoperative pain, recovery time, hospital stay, and the likelihood of complications as illustrated in figure 1. The subjective experience of suffering must also be prioritized. Clinical indicators alone are insufficient; it is essential to listen to how the patient describes and perceives their distress. Lastly, the patient's decision-making capacity must be objectively assessed. When advance directives or legally recognized expressions of will -such as do-not-operate or do-not-resuscitate orders- are in place, these should take precedence in the ethical evaluation of any potential surgical intervention.

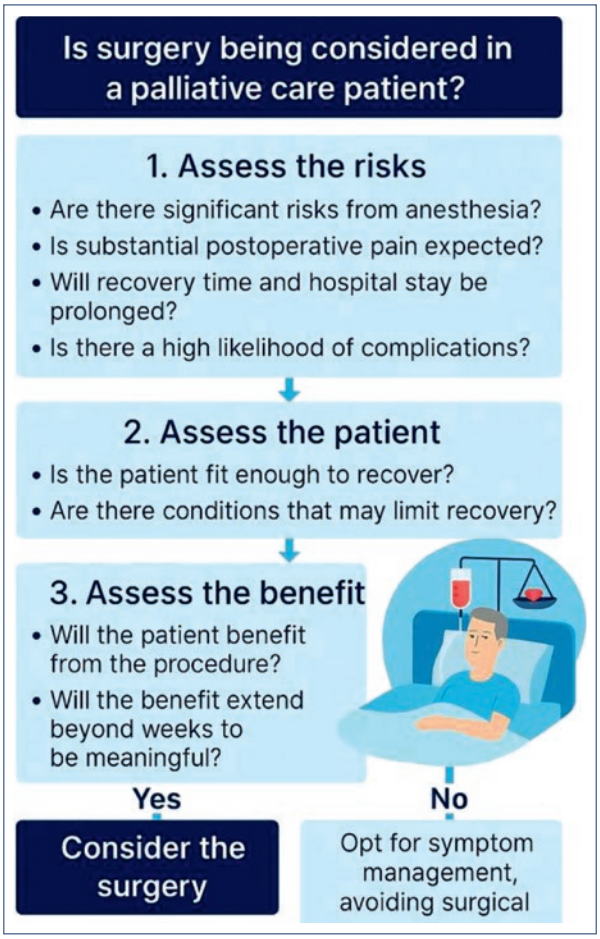


Figure 1. Ethical-clinical flowchart for surgical decision-making in palliative care. *Source: own elaboration.*

Clinical case illustration

A 56-year-old woman, diagnosed with stage IV ovarian cancer with hepatic and peritoneal metastases, was admitted with progressive abdominal distension,

persistent vomiting, and severe fatigue. She had recently been informed by her oncology team that no further systemic treatment options were available. On physical examination, signs of intestinal obstruction were evident. Concerned about the possibility of requiring emergency surgery, the patient expressed uncertainty about whether she was approaching the final stage of her illness. Given the likely diagnosis of malignant bowel obstruction in the setting of advanced disease and carcinomatosis, a realistic survival estimate of one to three months even with intervention was considered.

The clinical team initiated an open and compassionate conversation to explore the goals of care. Imaging confirmed extensive disease progression, making surgical intervention unlikely to improve outcomes. In light of this, the decision was made to focus on symptom control through pharmacologic management, avoiding invasive procedures. The case highlights the ethical imperative to prioritize autonomy through clear communication, uphold non-maleficence by avoiding futile interventions, and apply beneficence by aligning care with the patient's experience of suffering.

Discussion

Palliative surgery represents a delicate boundary between therapeutic intent and the risk of extending suffering through disproportionate interventions. This review centers on the ethical principles that should guide surgical decision-making at the end of life, highlighting the importance of informed, contextualized, and ethically sound clinical judgment. One of the key areas for improving clinical practice in this field is the enhancement of shared decision-making. Far from being a mere administrative formality, informed consent must be understood as a dynamic process grounded in clear, honest, and compassionate communication between the healthcare team, the patient, and their family. This includes discussing the realistic prognosis, the intention behind the procedure, and the value the patient places on their quality of life. Within this framework, interdisciplinary collaboration with palliative care teams becomes essential. Many hospitals now have Hospital Ethics Committees, which can serve as advisory bodies in complex clinical scenarios. However, it is crucial that ethical deliberation is not limited to exceptional cases but integrated into routine clinical practice. Joint evaluation allows for a more comprehensive understanding of the patient's physical, emotional, and spiritual needs. The palliative perspective, centered on comfort and dignity, complements the surgical team's technical focus and enriches ethical decision-making. This collaborative model is fundamental to identifying truly beneficial interventions and avoiding disproportionate or futile procedures. In Mexico, access to palliative surgery and palliative care in general is marked by notable structural inequalities. Although the General Health Law in Mexico recognizes the right to advance directives, their implementation in clinical practice remains limited and often depends on resource availability and the awareness of healthcare personnel. In the context of palliative surgery, this legal framework is especially relevant, as it establishes that informed consent must be granted only after a specific treatment has been proposed, thereby limiting the validity of absolute prohibitions stated in advance directive documents. In practice, this means that decisions regarding surgical interventions must be linked to a concrete diagnosis and prognosis, and accompanied by clinical and ethical deliberation. Thus, the most useful advance directives are not those that categorically deny any surgery, but those that express clear and contextualized conditions, for example, accepting a palliative procedure only if it contributes to immediate comfort or rejecting it if it disproportionately prolongs the dying process. In this way, the Mexican legal framework reinforces the need to align palliative surgical decision-making with patient values and therapeutic proportionality. At the structural level, specialized services are concentrated in tertiary hospitals in large cities, restricting access for patients in rural or marginalized regions. This inequity creates ethical dilemmas, as some patients benefit from multidisciplinary deliberation on palliative surgery while others receive fragmented care. Culturally, barriers also exist: families often pressure for surgical interventions in terminal stages, interpreting non-intervention as abandonment. These issues, compounded by shortages of surgical resources and hospital capacity, highlight the ethical tension between distributive justice and proportionality. Recognizing these challenges is essential to ensuring surgical decisions respect patient dignity and promote equitable resource use. Furthermore, this work underscores the urgent need to strengthen ethical training within surgical oncology. Technical proficiency alone is insufficient to navigate the moral complexities of care for patients at the end of life. Decision-making in palliative surgery should be conceived as an ethical-clinical process, one that integrates scientific evidence, bioethical principles, patient values, and interprofessional collaboration. Guiding medical decisions by these

principles, we can avoid therapeutic obstinacy and ensure that every medical act remains anchored in the goals of alleviating suffering, providing accompaniment, and upholding dignity at the end of life.

Conclusion

In the Mexican healthcare context, often marked by limited resources and unequal access, palliative surgery must be guided by ethical discernment rather than procedural reflex. Decisions should focus on improving quality of life, rather than extending the dying process. This requires shared decision-making, interdisciplinary support, and ethical training among surgical teams. In many cases, not operating is the most compassionate and appropriate form of care.

Acknowledgments

To the staff of the State Cancer Center of Durango for their commitment and dedication in providing dignified and compassionate care to patients facing the end of life.

Funding

The authors declare that this work was carried out with the authors' own resources.

Conflicts of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Ethical considerations

Protection of humans and animals. The authors declare that no experiments involving humans or animals were conducted for this research.

Confidentiality, informed consent, and ethical approval. The study does not involve patient personal data nor requires ethical approval. The SAGER guidelines do not apply.

Declaration on the use of artificial intelligence. The authors declare that no generative artificial intelligence was used in the writing of this manuscript.

References

1. Deo SVS, Kumar N, Rajendra VKJ, Kumar S, Bhoriwal SK, Ray M, et al. Palliative surgery for advanced cancer: clinical profile, spectrum of surgery and outcomes from a tertiary care cancer centre in low-middle-income country. Indian J Palliat Care. 2021;27:281-5.
2. Bacoanu G, Poroch V, Aniței MG, Poroch M, Froicu EM, Pascu AM, et al. Therapeutic obstinacy in end-of-life care: a perspective of healthcare professionals from Romania. Healthcare (Basel). 2024;12(16):1593.
3. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/274559.
4. McKeown A. Ethical challenges and principles in integrated care. Br Med Bull. 2023;146(1):4-18.
5. Macciò A, Sanna E, Piras R, Lavra F, Vallerino V, Maricosu G, et al. Survival as a clinical outcome and its spiritual significance in a cohort of patients with advanced central pelvic neoplastic disease undergoing total pelvic evisceration: a poorly debated issue. Front Med (Lausanne). 2023;10:1173687.
6. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. Med Princ Pract. 2021;30(1):17-28.
7. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud de México. Available from: https://www.gob.mx/salud/conbioetica.
8. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. BMJ Evid Based Med. 2023;28(4):213-7.
9. Shinkunas LA, Klipowicz CJ, Carlisle EM. Shared decision making in surgery: a scoping review of patient and surgeon preferences. BMC Med Inform Decis Mak. 2020;20(1):190.
10. Liu R, Liu Q, Zhang XP. Prognosis control surgery. Hepatobiliary Surg Nutr. 2021;10(1):126-8.
11. Houska A, Loučka M. Patients' autonomy at the end of life: a critical review. J Pain Symptom Manage. 2019;57(4):835-45.
12. Agarwal R, Epstein AS. Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. Semin Oncol Nurs. 2018;34(3):316-26.
13. Blot F, Fremaux M, Mateus C. [End of life and cancer: understanding the ethical issues of voluntary assisted dying]. Bull Cancer. 2023;110(3):293-300.
14. Cheraghi R, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Hassankhani H, Jafarzadeh A. Clarification of ethical principle of beneficence in nursing care: an integrative review. BMC Nurs. 2023;22(1):89.
15. Damps M, Gajda M, Stołtny L, Kowalska M, Kucewicz-Czech E. Limiting futile therapy as part of end-of-life care in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther. 2022;54(3):279-84.
16. World Medical Association. International code of medical ethics (London, October 1949). Madjalah Kedokt Indones. 1959;9:462.
17. Rabben J, Vivat B, Fossum M, Rohde GE. Shared decision-making in palliative cancer care: a systematic review and metasynthesis. Palliat Med. 2024;38(4):406-22.
18. O'Neill P, Hern R. A systems approach to ethical problems. Ethics Behav. 1991;1(2):129-43.
19. McLennan S, Kahrass H, Wieschowski S, Strech D, Langhof H. The spectrum of ethical issues in a learning health care system: a systematic qualitative review. Int J Qual Health Care. 2018;30(3):161-8.
20. Pratt B, Wild V, Barasa E, Kamuya D, Gilson L, Hendl T, et al. Justice: a key consideration in health policy and systems research ethics. BMJ Glob Health. 2020;5(4):e001942.
21. Rawlings A, Brandt L, Ferreres A, Asbun H, Shadduck P. Ethical considerations for allocation of scarce resources and alterations in surgical care during a pandemic. Surg Endosc. 2021;35(5):2217-22.
22. McCahill L, Krouse R, Chu D, Juarez C, Uman C, Ferrell B, et al. Decision making in palliative surgery. J Am Coll Surg. 2002;195(3):411-22.
23. Muhandiramge J, Orchard SG, Warner ET. Functional decline in the cancer patient: a review. Cancers (Basel). 2022;14(6):1368.
24. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6(6):CD011129.
25. Evers PD, Logan JE, Sills V, Chin AI. Karnofsky performance status predicts overall survival, cancer-specific survival, and progression-free survival following radical cystectomy for urothelial carcinoma. World J Urol. 2014;32(2):385-91.
26. Yoong SQ, Porock D, Whitty D, Tam WWS, Zhang H. Performance of the palliative prognostic index for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2023;37(8):1144-67.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ARTÍCULOS Y APORTACIONES

La odontología desde la visión de la epistemología del sur

The dentistry from the perspective of the epistemology of the south

José E. Orellana-Centeno[1,2], Mauricio Orellana-Centeno[2,3], Verónica Morales-Castillo[4], Roxana N. Guerrero-Sotelo[5] y Javier E. Leyva Díaz[2]*

[1]Departamento de Investigación, Universidad de la Sierra Sur, Licenciatura en Odontología, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oax.; [2]Facultad de Odontología, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca de Juárez, Oax.; [3]Facultad de Odontología, Universidad Cuauhtemoc, San Luis Potosí, S.L.P.; [4]Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, HGZ No. 09, Rioverde, San Luis Potosí, S.L.P.; [5]Licenciatura en Enfermería, Universidad de la Sierra Sur, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, Oax. México

Resumen

Introducción: *El conocimiento científico no está socialmente distribuido de manera proporcionada, tiende a favorecer a aquellos grupos sociales que tienen acceso a él.* **Objetivo:** *Presentar el desarrollo del conocimiento odontológico en relación con la epistemología del sur.* **Método:** *Ensayo.* **Resultado y discusión:** *Las dos ideas centrales de la epistemología del sur son la ecología de los saberes y la traducción intercultural. El pensamiento crítico eurocéntrico y el pensamiento convencional impuesto en el mundo han determinado el actual status quo en la forma de pensar y en la práctica actual, la sociedad mundial se encuentra en crisis, ya que los contextos actuales presentan un nuevo desafío en el que se confronta la tradición crítica occidental, en donde se han perdido valores, ciertos sustantivos críticos y querer realizar una transformación social basado en mantener lo que ha prevalecido.* **Conclusiones:** *La epistemología del sur en odontología no es desconocer el legado social, cultural, económico y científico de los países del norte. No es una rebelión sin una causa, sino que es buscar una nueva forma de pensar los problemas actuales y los contextos que han cambiado.*

Palabras clave: *Epistemología del sur. Odontología. Filosofía.*

Abstract

Introduction: *Scientific knowledge is not socially distributed in a proportionate manner, it tends to favor those social groups that have access to it.* **Objective:** *To present the development of dental knowledge in relation to the epistemology of the South.* **Method:** *Essay.* **Results and discussion:** *The two central ideas of the epistemology of the South are the ecology of knowledge and intercultural translation. Eurocentric critical thinking and conventional thinking imposed on the world have determined the current status quo in current thinking and practice, the world society is in crisis, as the current contexts present a new challenge in which the Western critical tradition is confronted, where values have been lost, certain critical nouns and wanting to realize a social transformation based on maintaining what has prevailed.* **Conclusions:** *The epistemology of the South in dentistry is not a disregard for the social, cultural, economic, and scientific legacy of the countries of the North. It is not a rebellion without cause, but a search for a new way of thinking about current problems and contexts that have changed.*

Keywords: *Epistemology of the South. Dentistry. Philosophy.*

***Correspondencia:**
José E. Orellana-Centeno
E-mail: jeorellana@unsis.edu.mx

Fecha de recepción: 05-08-2025
Fecha de aceptación: 03-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000018

Disponible en línea: 27-10-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):80-84
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/).

«Sean capaces siempre de sentir, en lo más hondo, cualquier injusticia realizada contra cualquiera, en cualquier parte del mundo. Es la cualidad más linda de un revolucionario…»

Ernesto "Che" Guevara de la Serna, guerrillero argentino.

Introducción

El conocimiento científico no está socialmente distribuido de manera proporcionada, tiende a favorecer a aquellos grupos sociales que tienen acceso a él. La injusticia social también es injusticia cognitiva, lo ideal no es solamente hacer una distribución más equilibrada del conocimiento científico, sino el reconocimiento de los límites que podemos encontrar en las situaciones actuales de contexto, resultado de la ignorancia científica y la incapacidad de reconocer formas alternativas de conocimiento e interconectar entre ellas en términos de igualdad[1,2]. Se requiere explorar practicas científicas alternativas que se han hecho visibles por medio de epistemologías plurales de las prácticas científicas y promover la interdependencia de conocimientos científicos y no científicos. Se presenta cómo ha evolucionado el conocimiento científico en odontología, su progresión en el transcurrir de los tiempos y cómo ha contribuido el sur del continente en el desarrollo del conocimiento odontológico. El propósito de este estudio es presentar el desarrollo de la odontología con respecto a la visión de la epistemología del sur.

Epistemología del sur

Las dos ideas centrales de la epistemología del sur son la ecología de los saberes y la traducción intercultural. El fundamento de la primera es que no hay ignorancia o conocimiento en general, son mutuamente incluyentes y excluyentes a la vez. Aprender de cierta forma el conocimiento pudiera hacer pensar que olvidamos otras. Es importante en el proceso de aprendizaje cuestionarse si lo que se está aprendiendo es valioso o si debe ser olvidado o no aprendido. En la ecología de saberes se forja la credibilidad para los saberes no científicos con la finalidad de su reconocimiento y no desacreditar al conocimiento científico, es una utilización contrahegemónica[2]. La complejidad de este movimiento parte de reconocer el esfuerzo colectivo e interdependiente que existe desde la crítica historiográfica que nos lleva por la modernidad y la posmodernidad desde posiciones eurocéntricas y occidentales, se desarrolla desde la transgresión del paradigma de imposición epistémica occidental de la sociedad globalizada. Una epistemología del sur que «se asienta en tres orientaciones: aprender que existe el sur, aprender a ir para el sur, aprender a partir del sur y con el sur»[3].

La traducción intercultural es la segunda idea central de la epistemología del sur, este permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo, tanto posibles como disponibles. En este caso las experiencias son tratadas en momentos diferentes como una totalidad o parcialidad y como realidad inagotable. La traducción incide tanto en los saberes como en las prácticas. Uno de los conceptos importantes de la traducción es la hermenéutica diatópica que parte de la idea que todas las culturas son incompletas y por lo tanto pueden ser enriquecidas por el diálogo. Con ello se adopta la idea de que el universalismo no parte de una particularidad occidental, sino de la idea de una imposibilidad de completitud cultural[4,5].

Educación

La educación escolarizada es uno de los motores fundamentales para la emancipación social, por lo que está llamada a reinventarse constantemente con el propósito de generar un espacio propicio para el diálogo de sus actores. Espacios formales como la escuela y la universidad son el foco de atención de las sociedades, ya que es aquí donde se lleva a cabo el proceso educativo[6-8].

Los problemas sociales al parecer son más complejos para poder tener respuestas para su solución, por tal motivo la formación de los recursos humanos en los centros educativos como entidad generadora de reflexión, interpretación y soluciones a problemáticas complejas. Todo ello es una perspectiva diferente a la tradicional, ya que se fundamenta en el paradigma positivista que impregna las bases epistemológicas de las universidades. Lo que estamos seguros es que demandará de la creación de espacios en los que coexistan la pluralidad de pensamientos, y se gestionarán bajo los cánones éticos civilizatorios[8,9].

La opresión y la exclusión tienen dimensiones que el pensamiento crítico emancipatorio de raíz eurocéntrica ignoró o desvalorizó, y una de esas dimensiones está más allá del pensamiento, en las condiciones epistemológicas que hacen posible identificar lo que hacemos como pensamiento válido. La identificación de las condiciones epistemológicas permite mostrar la vastísima destrucción de conocimientos propios de los

pueblos causada por el colonialismo europeo. La pérdida de los sustantivos críticos que poseía esta teoría, pues era propietaria de un conjunto vasto de sustantivos que marcaban la diferencia en relación con las demás teorías convencionales, y en los últimos años esta teoría tuvo un declive, y pasó a caracterizarse por vía de los adjetivos con que califica los sustantivos propios de las teorías dominantes convencionales[9,10].

Ante esto se propone una iniciativa epistemológica que se basa en la ecología de saberes y en la traducción cultural. La traducción cultural radica en la necesidad primordial de construir amplias coaliciones para la lucha contra la globalización neoliberal que se expresa con tanta naturalidad en el vivir diario. Las experiencias sociales están constituidas por diversos conocimientos, cada uno con sus propios criterios de validez; concretamente, están constituidas por conocimientos rivales, por lo que hoy en día es fundamental articular diversas formas de ser, actuar y convivir. Es una ecología porque está basado en el reconocimiento de la pluralidad de conocimientos heterogéneos (uno de ellos es la ciencia moderna) y en las interconexiones continuas y dinámicas entre ellos sin comprometer su autonomía. La ecología de saberes se fundamenta en la idea de que el conocimiento es interconocimiento[10,11].

La odontología y la visión epistemológica del sur

El pensamiento crítico eurocéntrico y el pensamiento convencional impuesto en el mundo han determinado el actual *status quo* en la forma de pensar y en la práctica actual, la sociedad mundial se encuentra en crisis, ya que los contextos actuales presentan un nuevo desafío en el que se confronta la tradición crítica occidental, en donde se han perdido valores, ciertos sustantivos críticos y querer realizar una transformación social basada en mantener lo que ha prevalecido. No se puede tener otros resultados con las mismas fórmulas, se debe de buscar nuevos campos de alternativas que hasta ahora no han sido aprovechados al máximo o han sido ignorados desde la visión occidental tradicional[12].

La odontología es una profesión que es parte de las ciencias de la salud, presenta una identidad y ello se dice porque se mantiene solo consigo misma y es ella misma, sin ser otra cosa. No con ello quiere decir que sea independiente y no pueda ser o formar parte de la multidisciplinariedad en la salud publica. La práctica y la enseñanza de la odontología pretende aliviar el dolor y curar las enfermedades que se desarrollan en la cavidad oral, desde los primitivos con una visión mágico-religiosa de la enfermedad, pasando por la medicina hipocrática que buscaba la introducción del conocimiento científico pero sin apartarse del pensamiento teocrático, y por la Edad Media, donde la religión abarcaba la moral y la atención de la salud, hasta la instauración de los hospitales clínicos universitarios de las escuelas europeas y con ello el nacimiento de los médicos dedicados al arte dental[13].

Las epistemologías del sur son un conjunto de posturas ideológicas que han venido siendo desarrolladas en el sur del continente americano desde los años ochenta, con la finalidad de emancipar el pensamiento, cultura e investigación y ser una contraposición a la visión eurocéntrica que domina la ciencia, filosofía y las humanidades. Uno de exponentes de esta corriente es Enrique Dussel, que señala que para tener una justicia social global debe existir una justicia cognitiva global. Teniendo en el proceso de conquista y colonización de los países latinoamericanos la inequidad de vencedor y los derrotados, generando una desventaja perpetua en esta relación sin posibilidad de generar justicia[14].

El pensamiento hegemónico, las escuelas europeas y la subsecuente desaparición de los saberes alternativos. El conocimiento científico queda en manos de los vencedores y por ello el deseo de aculturación por parte de los países en desarrollo, teniendo la percepción de que todos los materiales, equipos, instrumental, tecnología, etc., provenientes del llamado primer mundo[12]. Con la llegada del siglo XIX las universidades acrecentaron su rol como propulsoras del desarrollo científico y de la tecnología al servicio de la sociedad, con el tiempo las aulas académicas no fueron suficientes y se tuvo que desarrollar en laboratorios e inclusive en la industria, dejando de ser la ciencia como solo una fuerza que pudiera ayudar y curar, sino transformándose en un servicio o producto desarrollado por el capitalismo. El sacerdote de la antigüedad pasó a ser el científico que desarrollaba un producto e instrumento que no era para todos, sino para quien lo puede pagar[15].

En el contexto médico latinoamericano, antes de la conquista estaba el cuidado médico y odontológico basado en la medicina herbolaria y otros tipos de medicina holística, posteriormente la atención quedó en manos de la Iglesia, con los primeros misioneros, para que posteriormente se incorporaran los primeros profesionales de la salud y partir del asentamiento de la medicina hispánica que incluía la medicina y la cirugía (incluye la estomatología) se continuaría con la atención de los médicos apoyados de la farmacopea europea, mientras que algunos barberos y sangradores se encargaban de las extracciones dentales, drenado de

abscesos y despreciando la tradición medica popular de los nativos[16].

En el mundo se inició la construcción de hospitales, se fundaban las escuelas de medicina, se llevaban medicamentos y libros desde el continente europeo. Se continuaba el desprecio de los médicos a los cirujanos y de los cirujanos a los barberos. Posteriormente los cirujanos y barberos se asociarían buscando el prestigio de los cirujanos y la experiencia de los barberos, quedando siempre bajo la supervisión de los médicos[17]. La Federación Dental Internacional (FDI) es la organización profesional internacional más antigua del mundo, se fundó en Francia en el año de 1900 y a partir de ahí se originaron otras dos asociaciones que hasta la fecha son las que determinan gran parte del desarrollo de la odontología mundial, que son la Asociación Dental Americana (ADA) y la Asociación Internacional de la Investigación Dental (IADR)[18].

El gran avance de los materiales, equipos e instrumental en la rehabilitación oral y de la ortodoncia, no llega a la mayoría de los sistemas de salud del mundo y en especial a Latinoamérica, siendo que en estos países la salud es un derecho y aparece en la carta magna de estos países, por lo cual representa una desigualdad y una deuda social de la odontología con lo limitado no solo en la amplitud (cobertura), sino en la profundidad (variedad de catálogos de atención)[19]. Las grandes aportaciones del sur en la odontología incluyen al argentino Fermín Carranza con su *Periodoncia clínica*, al también argentino Guillermo A. Ríes Centeno, autor del libro *Cirugía bucal,* que es una referencia dentro de los estudiantes de odontología en las materias de exodoncia y cirugía bucal de toda Latinoamérica, y también uno de los libros más citados en cariología, *La caries dental*, del peruano Gilberto Henostroza Haro[20].

Caso ejemplo el uso de la técnica de restauración atraumática

Una de las aportaciones que se han dado en la odontología desde la visión del sur es, sin duda, el uso de la técnica de restauración atraumática, ya que se desarrolló en los años ochenta dentro del primer programa de salud bucal en el sur del África, esto debido al contexto en el que había pocos recursos económicos y una alta prevalencia de caries. Posteriormente en el año de 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el manual de dicha técnica, en donde justificaba su uso con base en la no necesidad del equipo e instrumental tradicional del odontólogo para el tratamiento de caries y su efectividad clínica moderada a buena, que no sustituye al tratamiento tradicional con el uso de pieza de alta velocidad[21].

La técnica de restauración atraumática (TRA) es un tratamiento odontológico para eliminar la caries (definitivo) que además es preventivo (debido al material que se utiliza en el tratamiento) y restaurador de mínima intervención que se lleva a cabo en una sola sesión, se elimina la caries utilizando instrumentos manuales, no requiere anestesiar, se utiliza un aislado parcial y se obtura la cavidad utilizando ionómero de vidrio. El ionómero de vidrio es un material que libera iones de flúor y además ayuda en el proceso de remineralización de tejidos duros del diente, como lo es la dentina y también en las zonas lesionadas por la caries, dando como resultado condiciones favorables para el diente. Los retractores de dicha técnica argumentan que al no eliminar la dentina afectada por la caries con la remoción mecánica que brinda la pieza de alta velocidad pudiera haber recidiva. Esta técnica tiene una utilidad más específica para el tratamiento clínico en comunidades y trabajo comunitario donde es complicado contar con equipo dental[22,23].

Esta técnica es producto del contexto que se vive en el sur y también se utiliza en países latinoamericanos, es un ejemplo tangible de una aportación de la epistemología del sur.

Conclusiones

La epistemología del sur en odontología no es desconocer el legado social, cultural, económico y científico de los países del norte. No es una rebelión sin una causa, sino que es buscar una nueva forma de pensar los problemas actuales y en los contextos que han cambiado. Significa reconocer las aportaciones del sur de una manera crítica y ajustarla a la realidad, hacer valer el lugar de la odontología como profesión, reconocer la aportación de los conocimientos ancestrales, revalorizar las aportaciones, ser un punto de partida en el proceso de desarrollo como iguales el norte y el sur.

Se debe hacer una revisión crítica de los planes de estudio vigentes en las facultades de odontología de las universidades, con el fin de identificar tanto las brechas como las oportunidades para la inclusión del pensamiento crítico, intercultural y decolonial. Integrar el enfoque epistemológico del sur en la formación de las nuevas generaciones de los profesionales de la salud con énfasis en el campo odontológico, no dejar atrás o en el olvido los saberes con los que llegan a las universidades los estudiantes de odontología y que posteriormente

pueden ser enriquecidos con el conocimiento científico obtenido en las aulas y las clínicas.

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. Sousa Santos B. Epistemologías del sur. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2011;16(54):17-39.
2. Ochoa González DA, González Ramos RM, Valverde Grandal O. Propuesta de metodología para ejecutar el análisis de situación de salud bucal en la carrera de estomatología. Rev Cubana Estomatol. 2020;57(3):e1827.
3. Barrios Díaz, O. Una mirada a la epistemología del sur. Advocatus. 2019;16(32):179-184. DOI: https://doi.org/10.18041/0124-0102/a.32.5530.
4. De la Garza Toledo E. ¿Epistemologías del sur? Crítica de la epistemología de Boaventura de Sousa Santos. En: Torres E, editor. Hacia la renovación de la teoría social latinoamericana. CLACSO; 2020. pp. 249-264. DOI: https://doi.org/10.2307/j.ctv1gm036w.13.
5. Franco Giraldo Á. Pandemia y promoción de la salud (PS) a gran escala. Hacia Promoc Salud. 2021;26(1):9-12.
6. Collado Ruano J. Epistemología del sur: una visión descolonial a los objetivos de desarrollo sostenible. Sankofa. 2016;9(17):137-58.
7. Luna Martínez A. Reflexiones sobre la epistemología del sur presente en la Nueva Escuela Mexicana (NEM). Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana. 2024;9(20):1-11. DOI: https://doi.org/10.35600/25008870.2024.20.0342.
8. Estrada García A. Epistemologías do sul para uma educação emancipatória. Revista Portuguesa de Educação. 2023;36(1):e23003. DOI: https://doi.org/10.21814/rpe.23880.
9. Sandoval Forero EA, Capera Figueroa JJ. Una mirada antihegemónica y descolonizadora de los estudios de paz en Nuestra América. En: Briceño FEM, editor. Epistemologías decoloniales para la paz en el Sur-Global [Internet]. Universidad de los Andes; 2020. Disponible en: https://app.box.com/s/xh3nrr87mnwdgvzr0ijk58jxqal8cltk.
10. Estrada García A, Collado Ruano J, Del Río Fernández JL, Tubay F. La transdisciplinariedad del currículo para fomentar la equidad social en las Instituciones de Educación Superior del Ecuador. Praxis Educativa. 2021;16:e2118336. DOI: https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.16.18336.076.
11. Oviedo Sotelo D. Epistemologías del Sur y Epistemologías para la Paz: encuentros analógicos y ecológicos. Revista CoPaLa. 2022;7(6):42-53. DOI: https://doi.org/10.35600/25008870.2022.16.0237.
12. Santos B. Introducción a las epistemologías del sur. En: Meneses M, Bidaseca K, editores. Epistemologias do Sul. CLACSO; 2018. pp. 34-51.
13. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010;6(1):83-101.
14. Boaventura de Sousa S. Introducción a las epistemologías del sur. Construyendo las epistemologías del sur para un pensamiento alternativo de alternativas. CLACSO; 2019. pp. 303-342. Doi: https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmq3.11.
15. Walsh C. Gritos, grietas y siembras de vida: entretejeres de lo pedagógico y lo decolonial. En: Walsh C, editora. Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Abya Yala; 2017. pp. 17-48.
16. Beltrán Neira RJ. Historia y filosofía de la odontología. Rev Estomatol Herediana. 2013;23(3):167-70.
17. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(S1):3-23.
18. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILDOIDP. Community Dent Health. 2004;21(2):161-9.
19. Villavicencio Caparo E, Alvear Córdova MC. Epistemologías del sur y odontología. Rev Odontol Mex. 2017;21(4):226-8.
20. Hegde D, Suprabha BS, Rao A. Silver modified atraumatic restorative treatment: a paradigm shift in dental caries management. Prim Dent J. 2024;13(2):29-35. doi: 10.1177/20501684241249545.
21. Natarajan D. Silver modified atraumatic restorative technique: a way towards “SMART” pediatric dentistry during the COVID-19 pandemic. Front Dent. 2022;19:12. doi: 10.18502/fid.v19i12.9215.
22. Santos Madrigal O, López Moreno S, Malagón Oviedo R. Una aproximación teórico-metodológica crítica para el estudio de la salud bucal. Rev Salud Problema 2024;16(32):31-59.
23. Franco Giraldo A. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. Univ Salud. 2021;23(3):291-300. DOI: https://doi.org/10.22267/rus.212303.243.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

CASOS Y ACTUALIDAD

Quemados por la profesión. Cómo el burnout se instala en nuestras vidas

Burned out by the profession. How burnout settles in our lives

Romina P. Rissolo

Colegio de Médicos del Distrito V, Comisión de Bioética, Buenos Aires, Argentina

Entre el agotamiento, el estrés y la autoexplotación, la pregunta se impone:

¿Es el sistema el que nos exprime o somos nosotros mismos?

Introducción

El *burnout* constituye un fenómeno relevante en la práctica médica, con repercusiones importantes sobre la salud física y mental de los profesionales. Este artículo reflexiona sobre la instalación del *burnout* en la vida de los médicos, integrando mi experiencia personal, con revisiones bibliográficas y aportes teóricos de Han, Dejours y Freudenberger, así como definiciones institucionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se busca generar conciencia sobre las condiciones de trabajo y los mecanismos de autoexplotación que favorecen este síndrome.

Este artículo está teñido por mi experiencia personal, después de más de 20 años de profesión, voy a incluir dentro del campo científico el terreno emocional, recorriendo como si fuera un viaje en el tiempo mi vida profesional, con preguntas del estilo: ¿cuándo comencé a naturalizar el cansancio?, ¿cuándo se transformó en estrés?, ¿cómo deje que el estrés dominara mi vida profesional y personal?

Vuelvo a mis comienzos como residente de pediatría, las guardias semanales de dos a tres, la falta de descanso nocturno, el día de posguardia (aún peor que la guardia), esos momentos en donde uno se exige más de lo que puede dar. Byung-Chul Han, un filósofo surcoreano-alemán, escribió un libro convertido en un *best seller: La sociedad del cansancio*. En este ensayo, él afirma que «La explotación a la que uno mismo se somete es mucho peor que la externa, ya que se ayuda del sentimiento de libertad. Esta forma de explotación resulta, asimismo, mucho más eficiente y productiva, debido a que el individuo decide voluntariamente explotarse a sí mismo hasta la extenuación».

Algo de verdad encuentro en estas palabras. El sistema médico de residencias en el que me formé se sustentaba en el exceso de horas de trabajo, bajo un lema que relacionaba el cansancio extremo con el aprendizaje. Una especie de «viaje del héroe fallido», donde la transformación deviene en sutil dependencia y estrés como modo de vida para ganar experiencia y conocimiento, a costa de un profundo recorte de la vida emocional y de las relaciones, ¿nos recuperamos de esa experiencia? Siguiendo la mirada de Byung-Chul Han, somos libres para autosometernos, para autoexplotarnos hasta el cansancio.

Mientras mis días de residente seguían, la Comunidad Económica Europea empezaba a estudiar cómo la intensificación del trabajo se consideraba una causa de estrés; la globalización de la economía, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y la creciente diversidad laboral, asociada a una mayor carga de trabajo mental. Mientras estos cambios sucedían, en los trabajadores se reportaban grados crecientes de problemas de salud mental. El estrés laboral

Correspondencia:
Romina P. Rissolo
E-mail: rissoloromina@gmail.com

Fecha de recepción: 16-09-2025
Fecha de aceptación: 29-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000028

Disponible en línea: 12-01-2026
Gac Conbioet. 2025;15(53):85-86
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/).

pasó a ser el segundo problema de salud laboral en la Unión Europea, asociado con enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y ausentismo laboral[1].

El psicoanalista Christophe Dejours escribió en su libro *El sufrimiento en el trabajo:* «La precarización laboral no afecta solo a los trabajadores precarizados o a los desocupados, sino que también produce un sufrimiento intenso en quienes tienen un trabajo estable. Junto al miedo a la pérdida laboral se produce una intensificación del trabajo con su aumento de carga y padecimiento. Sin embargo, son preocupantes los altos niveles de sometimiento y la neutralización de la movilización colectiva contra ese sufrimiento impuesto por el capitalismo mundializado»[2].

El psicoanalista Herbert Freudenberger introdujo el concepto de *burnout* en 1974, al observar en una clínica con adictos en Nueva York una pérdida progresiva de energía y agotamiento en los voluntarios dedicados. Freudenberger lo describió como un «estado de agotamiento mental y físico causado por la vida profesional», resultado de una sobrecarga y la pérdida de las energías y recursos personales. El mundo reflexionaba sobre esta problemática, pero en nuestra profesión las cosas seguían igual. Llegamos al siglo XXI y las preguntas que motivaron este artículo siguen vigentes. En mi país, Argentina, el sistema de salud ahoga a los médicos residentes que además de tener jornadas interminables de trabajo tienen sus billeteras y sus esperanzas vacías. Los que sobrevivimos a esa instancia formativa y educativa pero altamente desgastante, hoy nos vemos envueltos en el universo del pluriempleo para llegar a fin de mes. Nuestro auto es nuestra casa, nuestra oficina y lugar de descanso.

Existe una definición publicada en la versión 11.ª de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la OMS, que define el *burnout* como un síndrome conceptualizado, como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo, que no ha sido manejado con éxito y que está caracterizado por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento de energía o cansancio, mayor distancia mental emocional del trabajo con sentimientos de negativismo, cinismo y una eficiencia profesional reducida. El *burnout* es un dilema ético profesional que impacta en la calidad de la atención porque genera profesionales agotados, poco empáticos y con una capacidad de juicio disminuida. Las instituciones deberían ser generadoras de espacios de prevención del *burnout*, creando ambientes cálidos, con cargas laborales adecuadas y dando apoyo a sus profesionales.

¿Hay esperanzas?, ¿se pueden cambiar viejos paradigmas? Todo indicaría que sí, que los vientos de cambio soplan suavemente. Cecilia del Valle, consultora especializada en transformación cultural y bienestar laboral, fundadora de *The Breaking Lab,* nos habla del tema: el bienestar laboral tiene que ver con la posibilidad de sostener lo que hacemos sin rompernos, sin dañar nuestra salud física, emocional o mental en el intento. Es tener energía vital para poder vincularse con otros, para encontrarle sentido a lo que hacemos. Un liderazgo que acompañe y cuide. Pensar que en el trabajo existan espacios para pausar, que se reconozca el esfuerzo y se pueda pedir ayuda sin miedo. El bienestar no se decreta, se percibe. Se vive o no se vive.

Conclusiones

- El *burnout* surge de factores personales y sistémicos.
- Revisar paradigmas de formación y condiciones de trabajo es esencial para promover la salud profesional.
- Se sugiere la realización de estudios futuros sobre intervenciones que mitiguen el estrés laboral y la autoexplotación.

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. 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. Byung-Chul H. La sociedad del cansancio. 4.ª edición. Barcelona: Herder Editorial; 2024.
2. Dejours C. El sufrimiento en el trabajo. Modus Laborandi; 2009.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

ENCUENTRO BIOÉTICO

Conversación con el Dr. Daniel P. Sulmasy

Conversation with Dr. Daniel P. Sulmasy

CONBIOÉTICA

En esta entrega, *Gaceta CONBIOÉTICA* tuvo la oportunidad de conversar con el Dr. Daniel P. Sulmasy, director del Instituto Kennedy de Ética y editor jefe de la revista *Theoretical Medicine and Bioethics*. Mediante la combinación de una sólida formación en medicina clínica y un doctorado en filosofía, el Dr. Sulmasy se ha convertido en una figura destacada en el ámbito de la bioética, y su amplia experiencia ha guiado su liderazgo en la investigación y la visión sobre el futuro de la disciplina. En esta interesante charla fue posible explorar su trayectoria interdisciplinaria y profundizar en los retos contemporáneos de la bioética, especialmente en torno a la ética del final de la vida, el principio del doble efecto, la eutanasia, el suicidio asistido, la muerte cerebral y los dilemas emergentes vinculados a la inteligencia artificial (IA) y la crisis ambiental.

Su carrera integra medicina, filosofía y ética. ¿Podría contarnos cómo se entrelazaron estos caminos en su formación y cómo esta combinación ha definido su enfoque de la bioética?

En primer lugar, debo decir que se necesita mucho tiempo para convertirse en médico y doctor en filosofía, pero creo que ha sido increíblemente gratificante y valioso para mí. Todavía hoy sigo atendiendo pacientes a tiempo parcial. Y creo que parte de la razón es que me mantiene al tanto de la medicina, sé lo que realmente sucede en la práctica médica diaria, lo que me ayuda a reflexionar más sobre la realidad clínica. En segundo lugar, me da la oportunidad de poner en práctica todo lo que he escrito. Y si no puedo hacerlo, entonces no vale la pena el esfuerzo que he dedicado a escribir sobre ello. Y, por último, simplemente sigo disfrutando de atender a los pacientes. Es muy valioso para mí. Y debo añadir que, cuando hablo con médicos o enfermeras, también me ayuda que no soy un eticista en una torre de marfil, sino alguien que atiende a los pacientes, que conoce su experiencia como profesionales clínicos, y eso me ayuda a ser creíble al hablar con personas que no son filósofos.

A lo largo de su carrera, ¿qué autores o corrientes filosóficas han tenido la mayor influencia en su pensamiento bioético y cómo los ha incorporado a su práctica o investigación?

Sí, soy bastante ecléctico en cuanto a filósofos, aunque probablemente formen un grupo. Probablemente, Aristóteles sea quien más me ha influenciado. Uno de mis profesores dijo una vez que la ética es el único campo en el que el primer libro escrito sigue siendo el mejor, y creo que eso es cierto en la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles, una de las primeras obras completas de ética jamás escritas, al menos en el mundo occidental, así que estoy muy influenciado por las nociones aristotélicas de virtud y florecimiento.

También me influye mucho mi mentor, el Dr. Edmund Pellegrino, un médico muy famoso y uno de los primeros médicos estadounidenses en dedicarse a la ética médica. Me complació tenerlo como mentor en mi doctorado, ya que su enfoque de la ética me ha inspirado

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

Fecha de recepción: 18-11-2025
Fecha de aceptación: 02-12-2025
DOI: 10.24875/GCB.M25000016

Disponible en línea: 12-01-2026
Gac Conbioet. 2025;15(53):87-91
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/).

profundamente. Además, he reunido las ideas de una serie de filósofos neoaristotélicos analíticos contemporáneos, algunos de los cuales se dedican a la filosofía de la mente, junto con Aristóteles y Pellegrino, para desarrollar mi propia perspectiva, que en cierto modo llamaría *naturalismo ético liberal*. Es decir, una perspectiva según la cual el objetivo de la ética es que prosperemos como lo que somos. Y el objetivo de la ética médica es ayudar a nuestros pacientes a prosperar como seres humanos, lo que requiere que comprendamos qué es ser un ser humano antes de poder determinar qué es lo correcto y lo bueno para los seres humanos enfermos.

Uno de sus campos de estudio más reconocidos es la ética del final de la vida. ¿Cómo evalúa la evolución de la bioética clínica desde la década de 1990 hasta la actualidad y qué nuevos desafíos observa actualmente en relación con la toma de decisiones en cuidados paliativos, la muerte digna y el apoyo al paciente?

Han ocurrido muchas cosas a lo largo de mi carrera en bioética. Lo que más me inspiró a dedicarme a este campo fueron los problemas que observé en la atención a pacientes terminales. Al graduarme de la facultad de medicina en la década de 1980, creo que aún no existía una fuerte preocupación por la posibilidad de que los médicos obligaran a los pacientes a recibir cuidados al final de la vida que no deseaban o que realmente no les eran de ayuda, y ése era el problema. Las familias querían desconectar al paciente del respirador y los médicos decían: «No, tengo que seguir tratando al paciente». Creo que la bioética trabajó mucho para cambiar esa situación, de modo que ahora reconocemos que muchas formas de tratamiento al final de la vida son más perjudiciales que beneficiosas, que los pacientes pueden decidir lo que es lo mejor para ellos al final de la vida, así como decidir no continuar con el tratamiento o dar directrices de no reanimación.

Con frecuencia, si los pacientes estaban en coma, los médicos hablaban con los familiares sobre la posibilidad de suspender o retirar los tratamientos de soporte vital. Con el tiempo, hablar sobre la suspensión o el retiro de soporte vital se convirtió en algo habitual. Sin embargo, gran parte de su evolución, al menos en EE.UU., se basó en el respeto a la autonomía del paciente. No creo que fuera la única manera, pero así fue. La razón por la que se detenía una intervención era que los pacientes, de forma autónoma, preferían no recibirla. Parte del problema de avanzar tanto en esa dirección y de apostar todo a la autonomía es que, en mi opinión, hemos visto un cambio. Ahora, diría que en los hospitales estadounidenses la consulta ética más común se da cuando los médicos consideran que la atención sería inútil o más onerosa que beneficiosa, pero las familias desean continuar con el tratamiento. Y éste se ha convertido en el dilema más común, así que esa autonomía ha oscilado en la dirección opuesta: de la decisión autónoma de no recibir tratamiento a la demanda autónoma de tratamiento, incluso cuando los médicos no lo consideran indicado.

Creo que esto se ejemplifica aún más con el movimiento a favor del suicidio asistido y la eutanasia, donde pacientes y familiares lo exigen; un tipo de tratamiento que muchos médicos, con mucha razón, se resisten a proporcionar. Hemos pasado de médicos que sobretrataban a los pacientes, con pacientes y familias que lo rechazaban, a un punto en el que los pacientes y familiares exigen tratamientos que los médicos, en general, no consideran justificados clínica ni éticamente.

Usted ha abordado en profundidad el principio del doble efecto y la distinción entre matar y dejar morir. ¿Cómo cree que se interpretan y aplican actualmente estas nociones en contextos clínicos reales?

Creo que son distinciones de sentido común que muchos médicos y otros profesionales de la salud comprenden de forma intuitiva. En bioética, el problema radicaba en la intervención de filósofos sin formación clínica, quienes, en cierto modo, afirmaban: «No hay diferencia entre ambas cosas; si se prevé que algo suceda, es necesario tenerlo en mente». Por lo tanto, no existe el doble efecto, ni la distinción entre matar y dejar morir; no hay diferencia entre desconectar un respirador y administrar una inyección letal. El paciente muere al final, así que no hay diferencia. Pero creo que la mayoría de los médicos perciben una diferencia entre suspender un tratamiento que, según ellos, prolonga innecesariamente el proceso de muerte de un paciente y administrar una inyección letal, que provocará la muerte del paciente. Y esa distinción reside en gran medida en las intenciones del médico. En el caso de detener el tratamiento, la intención no es provocar la muerte del paciente. Por ejemplo, si se hace detener el respirador artificial y el paciente comienza a respirar, el médico podría sorprenderse, pero no dice:

«¡Dios mío, he fallado! El paciente sigue vivo, déjenme sacar una almohada y asfixiarlo». Porque la intención era detener un tratamiento que se considera prolonga innecesariamente la agonía, y eso es muy diferente a inyectar 150 miliequivalentes de cloruro de potasio en el ventrículo izquierdo del paciente.

Con respecto al doble efecto, creo que los médicos lo entienden de forma muy intuitiva. Se trata básicamente de la noción de un efecto secundario. Y todos sabemos que cualquier acción que realicemos tendrá múltiples efectos. Al menos uno más, si no varios. Así que, cuando administramos morfina a alguien que se está muriendo, podemos decir que mi intención al administrar morfina es aliviar su dolor. Preveo la posibilidad de que la respiración del paciente se vea disminuida y muera más rápido, pero ésa no es mi intención. Creo que los beneficios de aliviar su dolor son proporcionalmente significativos en esos casos como para estar dispuesto a correr el riesgo; sé que puedo aliviar el dolor del paciente sin causarle la muerte. En esas circunstancias, se aplica la regla del doble efecto, y creo que la mayoría de los médicos lo comprenden. Gran parte de mi trabajo en filosofía se ha centrado en explicar este sentido común a los filósofos, y es muy complicado explicar el razonamiento del sentido común en términos filosóficos.

¿Cuáles diría usted que son las cuestiones más urgentes que la bioética debe abordar hoy en día –ya sea en biomedicina, investigación o salud pública– en un contexto global de desigualdades, inteligencia artificial y crisis ambiental?

Creo que depende del ámbito que se observe. Si continuamos con el debate sobre los cuidados al final de la vida, creo que ahora las preguntas más apremiantes son la eutanasia y el suicidio asistido, que considero siguen siendo cuestiones éticas globales, importantes y significativas. Como Pellegrino y algunos de sus coautores dijeron sobre el tema hace 35 años, me preocupa profundamente que la esencia misma de la medicina esté en juego, así que creo que son cuestiones de actualidad.

Curiosamente, la muerte cerebral se ha convertido en un nuevo tema de debate. En parte, debido a que ha habido personas que cumplen con los criterios actuales de muerte cerebral, pero que han demostrado ser capaces de sobrevivir con un mínimo de soporte vital durante largos periodos. En EE.UU. es muy famoso el caso de una joven llamada Jahi McMath, a quien se le declaró la muerte cerebral en California. Su familia se opuso y la trasladaron al estado de Nueva Jersey, donde la ley les permitía oponerse a la declaración de muerte cerebral. Jahi sobrevivió cuatro años, llegando incluso a la pubertad. Resulta muy difícil afirmar que un cadáver pueda experimentar la pubertad. Esto ha planteado importantes preguntas sobre la muerte cerebral que creíamos resueltas hace mucho tiempo.

En el ámbito tecnológico, la IA es un tema de gran interés. Afecta al mundo empresarial, a nuestras búsquedas en internet y está repercutiendo notablemente en la medicina. Creo que debemos ser muy cautelosos con el uso de la IA en la atención al paciente y, como ocurre con muchas tecnologías, a veces se adelanta a la reflexión ética que hemos tenido. Creo que debemos reflexionar seriamente la ética de la IA.

Otro tema muy amplio, tanto local como global, es la diferencia entre la atención a pacientes individuales y la atención a poblaciones enteras y cómo abordamos ambas situaciones y cuál es nuestro resultado en ese análisis. Esto puede incluir cuestiones de salud pública, como las vacunas, y dónde podemos usar el poder del Estado para obligar a la gente a vacunarse por el bien común, en contraposición al bien individual de quienes, por diversas razones, no desean vacunarse. También se refiere a cuestiones globales, como la distribución de vacunas a escala mundial.

En su calidad de director del Instituto Kennedy de Ética, ¿cuáles son las líneas prioritarias de investigación y acción que está promoviendo actualmente?

Nos hemos convertido en lo que somos, no necesariamente por una decisión consciente, sino simplemente por el tipo de personas que hemos incorporado y sus propios intereses; somos el centro líder mundial en ética de la atención a las personas con discapacidad. Como director, lo último que puedo hacer es decirles a mis académicos qué deben pensar o sobre qué deben escribir, así que mi trabajo consiste más bien en promoverlos y en que realicen el trabajo que les interesa. Hemos desarrollado este enfoque y nuestros académicos están realizando un excelente trabajo.

Sean Aas se centra en la filosofía política y en cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad. Joel Reynolds aboga por una postura política de defensa de las personas con discapacidad. William Sullivan, quien, como yo, es médico con un doctorado en filosofía, está realizando una importante labor sobre la ética de la atención a adultos con discapacidad

intelectual. Therese Lysaught se interesa por cuestiones de bioética global, particularmente desde una perspectiva teológica, y por la distribución de los recursos sanitarios en todo el mundo. Maggie Little también ha realizado un excelente trabajo sobre la ética de la IA.

Quisiera aprovechar la oportunidad para informarles sobre una nueva iniciativa que tenemos en Georgetown, de la cual el Instituto Kennedy es el socio principal. Acabamos de lanzar la Red de Ética Emergente, que vincula al Instituto Kennedy de Ética con el Centro Pellegrino de Bioética Clínica, nuestro Centro de Ética Digital y nuestro Programa de Justicia Ambiental. Reconocemos que, en el siglo XXI, las cuestiones digitales, ambientales y bioéticas están interrelacionadas. Por tanto, se requiere una red para resolver nuestros problemas éticos.

Como editor jefe de *Theoretical Medicine and Bioethics*, ¿cuáles son las líneas de pensamiento o corrientes bioéticas que considera más prometedoras en la actualidad?

Creo que todos los temas que hemos tratado son del tipo que publicamos en *Medicina Teórica y Bioética*, así que considero que son importantes. No hemos hablado mucho de filosofía de la medicina, pero la revista publica sobre este tema. Creo que lo que ocurrió es que, a principios de los años setenta y ochenta, la única pregunta que se planteó en la filosofía de la medicina a un nivel filosófico serio fue la definición de salud y la definición de enfermedad. Aún existe interés en ello, y se dan debates muy sofisticados sobre las definiciones de salud, enfermedad y discapacidad. Pero creo que la filosofía de la medicina ha evolucionado, y ahora publicamos mucho más sobre cuestiones como la lógica del diagnóstico. ¿Cómo es que analizamos realmente las cuestiones sobre qué le pasa a un paciente? ¿Acaso la forma en que los médicos piensan sobre estas cuestiones difiere de la forma en que lo haría la IA? O ¿la IA realmente piensa (sea lo que sea que haga para dar respuestas) y cuál es la lógica detrás de su diagnóstico? Las preguntas sobre causalidad en medicina también son actuales. ¿Cómo decidimos que una cosa causa otra? ¿Es la única fuente de evidencia un ensayo clínico aleatorizado y controlado? ¿O podemos inferir la causalidad a partir de otros tipos de datos epidemiológicos? De ser así, ¿cómo lo haríamos? Este tipo de preguntas surgen y forman parte del debate sobre lo que publicamos en *Medicina Teórica y Bioética*.

También publicamos artículos sobre muerte cerebral, ética e IA, la regla del doble efecto, eutanasia, suicidio asistido, reproducción asistida, genética, bioética global y todos los demás temas que ya hemos tratado. Les invitamos a enviar sus artículos. Somos una revista internacional y no publicamos tanto como deberíamos de Latinoamérica. Nuestros autores son mayormente de Europa, EE.UU. y Canadá, pero nos encantaría recibir más artículos de México, de Centroamérica y de toda Latinoamérica.

¿Cómo prevé la evolución de la bioética en las próximas décadas? ¿Cree que estará más orientada hacia los dilemas tecnológicos o hacia la reflexión sobre el significado del cuidado y la vida humana?

Desde un punto de vista práctico (y quizás también empírico), el enfoque se centrará casi exclusivamente en el uso de la tecnología, y más tecnología, y más tecnología. Me entristece, porque creo se perderá cada vez más la dimensión humana de la medicina. Al fin y al cabo, no hay máquinas que nos reemplacen, y las máquinas sólo deberían ayudarnos. Como dije al describir mi propia filosofía, ayudarnos significa ayudarnos a prosperar en lo que somos. Y cuando nos centramos cada vez más en la tecnología y menos en las personas que la utilizan o se ven afectadas por ella, creo que perdemos lo esencial de la medicina. De nuevo, la opinión de mi mentor, Edmund Pelegrino, es que la base de toda la ética en medicina es la relación entre el paciente y el médico. Y cuando nos centramos en las máquinas, la IA y la economía, perdemos la esencia misma de lo que debería ser la medicina. Por eso, me esfuerzo al máximo para seguir centrándome en el paciente.

Por último, ¿qué consejo daría a las nuevas generaciones de bioeticistas que se enfrentan a una realidad médica y social en constante cambio?

Creo que el futuro estará en personas con una doble formación: en medicina clínica, enfermería, psicología u odontología, y con una rigurosa formación en ética. Esto puede implicar formación en diversas disciplinas: filosofía, teología, derecho, sociología y el estudio de los aspectos sociológicos de la medicina, pero con la formación adecuada. Veo un futuro con cada vez más personas con formación clínica dedicadas a la ética que comprenden tanto lo que sucede en el ámbito clínico, de forma seria y rigurosa, como el análisis

riguroso y serio de las cuestiones éticas desde una perspectiva distinta a la medicina, la enfermería o la odontología.

Creo que ése es el futuro, y aprender a colaborar con personas de otras disciplinas. Mi colega Jeremy Sugarman y yo estamos a punto de publicar la tercera edición de *Métodos en ética médica*. Para este libro hemos utilizado como metáfora un poema del poeta estadounidense Wallace Stevens titulado «Trece maneras de mirar a un mirlo». El poema consta de 13 estrofas, cada una con una perspectiva diferente del mirlo. La idea principal del poema es que, hasta que no se hayan leído las 13 estrofas, no se comprende al mirlo. Y pienso que sucede lo mismo con la bioética; existen muchas disciplinas que pueden contribuir a ella: derecho, sociología, antropología, medicina, enfermería, odontología, filosofía, psicología, economía e historia.

En el futuro, necesitamos ser interdisciplinarios en nuestro trabajo para poder responder a las preguntas que se nos plantean de la mejor manera posible. Por lo tanto, formándonos en al menos dos de esos campos, uno clínico y otro de investigación, y luego aprendiendo a colaborar con otros, creo que así lograremos un mayor progreso en bioética.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

CONTRIBUCIONES Y PERSPECTIVAS

Del horror a la bioética: experimentos que marcaron la historia de la medicina y la biología

From horror to bioethics: watershed experiments in the history of medicine and biology

Gwendolyne Peraza-Mercado[1], Marbella Chávez-Solano[1] y Ernesto Orozco-Lucero[2]*

[1]Departamento de Ciencias Químico-Biológicas; [2]Departamento de Ciencias Veterinarias. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chih., México

Resumen

La búsqueda de conocimiento en la medicina y la biología hace indispensable la experimentación en humanos. En el pasado, muchos de estos experimentos violaron derechos humanos debido a la carencia de legislación regulatoria. En este estudio se recopilan estos casos emblemáticos y se contrastan con sus repercusiones en la consolidación de los principios bioéticos y el marco regulatorio de la bioética moderna. Se contemplan los experimentos sin consentimiento realizados por nazis y la Unidad 731, el uso de poblaciones vulnerables en los casos de Tuskegee, Guatemala y Willowbrook, la maleficencia en los ensayos clínicos con zidovudina y theralizumab, así como las violaciones por edición germinal humana realizada por el científico He. Sin minimizar la maleficencia provocada, estos casos han tenido un impacto constructivo en el marco normativo de la bioética, tales como el surgimiento del Código de Núremberg, el Informe Belmont, la Declaración de Helsinki, la conformación de comités de ética y el refinamiento de los protocolos con fármacos en la clínica y la salud mental. En consecuencia, la bioética ha permitido la transparencia, la supervisión y la adaptación normativa continua frente a innovaciones científicas que plantean riesgos para la salud, la dignidad y el bienestar humano.

Palabras clave: *Experimentación humana. Consentimiento informado. Comité ético. Principios bioéticos.*

Abstract

The advancement of medical and biological knowledge makes experimentation involving human subjects essential. However, in the absence of robust ethical oversight, numerous studies have resulted in egregious violations of human rights. This article critically examines emblematic cases of unethical human experimentation and their pivotal role in shaping contemporary bioethical frameworks. It explores non-consensual experiments conducted by the Nazi regime and Japan's Unit 731, the exploitation of vulnerable populations in the Tuskegee Syphilis Study, the Guatemala experiments, and the Willowbrook Hepatitis Trials, as well as more recent controversies involving zidovudine and theralizumab testing, and human germline editing by He Jiankui. While acknowledging the profound harm inflicted, the analysis underscores how these transgressions catalyzed the development of foundational bioethical instruments, including the Nuremberg Code, the Belmont Report, and the Declaration of Helsinki. These cases also prompted the institutionalization of ethics committees and the refinement of regulatory protocols governing drug clinical trials and mental health research. Ultimately, the evolution of bioethics has enabled greater transparency, accountability, and adaptive governance in response to emerging scientific innovations that pose risks to human dignity, health, and well-being.

Keywords: *Human experimentation. Informed consent. Ethics committee. Bioethical principles.*

***Correspondencia:**
Marbella Chávez-Solano
E-mail: marbella.chavez@uacj.mx

Fecha de recepción: 13-06-2025
Fecha de aceptación: 17-10-2025
DOI: 10.24875/GCB.25000017

Disponible en línea: 11-11-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):92-97
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/).

El conocimiento científico se adquiere mediante la interacción sensorial y la curiosidad innata del ser humano por explorar la naturaleza. Esta motivación ha impulsado avances significativos en la farmacéutica, la medicina, la tecnología y las ciencias afines a la biología. La mayoría de estos avances han sido posibles por la realización de experimentos en seres humanos. Sin embargo, muchos de los procedimientos se han alcanzado mediante prácticas cuestionables, incluyendo experimentos que han involucrado abusos, sufrimiento y daños a los participantes. En ciertos casos, los sujetos de investigación han sido obligados, engañados o coaccionados a participar en procedimientos crueles e inhumanos.

La bioética surge como una respuesta a las malas prácticas dentro de la investigación biomédica y la medicina, estableciendo principios éticos fundamentales para el trato de los seres vivos en estos ámbitos. Las malas prácticas en «pro de la ciencia» han desencadenado diversos apartados contenidos en esta disciplina. En este trabajo se recopilan algunos casos emblemáticos y se describe el impacto que han tenido en el avance de la bioética, en función de garantizar los principios y el bienestar ofrecidos hoy en día en los protocolos de investigación con seres humanos.

Surgimiento del Código de Núremberg

Durante la Segunda Guerra Mundial, médicos nazis realizaron experimentos crueles y sin beneficio real en prisioneros judíos. Miles de ellos murieron en estos experimentos[1,2]. En 1947, después de concluida la guerra, en Núremberg, se juzgó a estos médicos y se regularon los experimentos en humanos por medio del Código de Núremberg. Su primer y fundamental principio es: «El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial para realizar cualquier protocolo experimental»[3]. El Código de Núremberg sentó las bases de la ética médica moderna y de las leyes de consentimiento informado vigentes en el mundo. Este código se considera un parteaguas del avance hacia la bioética, ya que, por medio del consentimiento informado, se postula uno de los principios más importantes: la autonomía. Es decir, la facultad de los individuos para decidir sobre su cuerpo, persona y procedimientos experimentales o médicos en los que desean participar.

También durante la Segunda Guerra Mundial, pero en Manchuria, el ejército japonés operó la Unidad 731. Esta se camufló como una potabilizadora de agua, pero en realidad estaba destinada a diseñar y probar armas biológicas y químicas en prisioneros chinos, coreanos y rusos. Los experimentos incluyeron la exposición a patógenos causantes de la peste, el cólera y el carbunco. Asimismo, se practicaron vivisecciones sin anestesia, se expusieron personas a explosiones y temperaturas extremas, entre otros maltratos[4,5]. La Unidad 731 violó el respeto a la dignidad humana, la autonomía y la no maleficencia. No obstante, la mayor parte de los médicos que realizaron estos protocolos recibieron amnistía a cambio de brindar los archivos experimentales y sus resultados a los EE.UU., dejando impune este caso.

Aunque no hubo un juicio justo para la Unidad 731, la naturaleza de los actos realizados también quedó contemplada en el Código de Núremberg. Tanto los experimentos nazis como los japoneses originaron el consentimiento informado, documento que promueve el respeto y el derecho a la autonomía de la persona.

El proyecto Quantum en Guatemala

Entre 1946 y 1948, médicos del Servicio Público de Salud de EE.UU., en colaboración con el gobierno guatemalteco, infectaron intencionalmente a más de 1,000 guatemaltecos vulnerables (soldados, presos, pacientes psiquiátricos, niños huérfanos y prostitutas) con sífilis, gonorrea y chancroide. Su objetivo era evaluar el avance de las enfermedades en ausencia y presencia de un tratamiento farmacológico, principalmente penicilina[6,7]. La información de estos experimentos se ocultó por décadas. En 2010, el caso de Guatemala fue descubierto y expuesto, generando indignación y una disculpa pública y privada del presidente en funciones, Barack Obama[6,7].

Durante los experimentos, se violaron principios bioéticos como la autonomía por la falta de consentimiento informado, requisito contemplado en el Código de Núremberg (1947). Además, se utilizó una población vulnerable para exponerla a enfermedades, causando maleficencia y daños intencionados sin que hubiera un beneficio evidente. Asimismo, se ocultó la información sobre las cepas patógenas a las que se expusieron estas personas[6,7].

El experimento de Tuskegee y el nacimiento de los comités de ética

De 1932 a 1972, en Tuskegee, Alabama, EE.UU., se estudió el curso natural de la sífilis en 600 hombres afroamericanos (201 en el grupo control y 399 en el grupo positivo a sífilis). En su mayoría, las personas

vivían en situación de pobreza y tenían bajo nivel educativo. Este estudio y el de Guatemala fueron dirigidos por el mismo médico, John Charles Cutler[8]. Según Tudor et al.[8], el objetivo fue el mismo que en Guatemala: observar la evolución natural (sin tratamiento) de la sífilis. La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Puede provocar lesiones indoloras en zonas genitales, anales y orales, o complicaciones graves como pérdida permanente de la visión o audición, y daños neurológicos graves e irreversibles[8].

A los enfermos usados en este experimento se les negó intencionalmente el tratamiento estándar: la penicilina. Algunos de ellos fueron engañados con la administración de placebos, haciéndoles creer que recibían penicilina. En consecuencia, hubo discapacidades, daños irreversibles, sufrimiento, nuevos contagios de parejas sexuales e hijos y muerte. En 1972, los medios de comunicación expusieron el caso y en 1974 se realizó el juicio contra el personal médico participante en el estudio[6,9]. Para defender de mejor manera a los afectados en el juicio, se conformó una comisión de bioética, la cual dio origen a la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos. Posteriormente, esta comisión y algunos médicos se reunieron y formularon el Informe Belmont (1979), el cual estipula los lineamientos requeridos para la investigación con seres humanos en EE.UU. En el documento se plantea que la investigación con humanos siempre debe mantener respeto, beneficencia y justicia[6,9,10].

La conclusión oficial del caso llegó en 1997, cuando el presidente Bill Clinton ofreció una disculpa pública en nombre del gobierno de EE.UU. y anunció la creación del Centro Nacional para la Bioética en la Investigación y el Cuidado de la Salud, con el fin de promover la equidad, la ética y la reparación histórica. Este caso marcó un antes y un después en la regulación de la investigación médica en EE.UU., dando lugar a políticas más estrictas. Estas incluyeron la exigencia de comités de ética institucionales y el fortalecimiento del consentimiento informado como eje central de la relación del humano con la ciencia[6,9,10].

Caso de estudio de hepatitis en Willowbrook y el uso de poblaciones vulnerables

Los abusos y violaciones éticas también se han dado en infantes. En la Escuela Estatal de Willowbrook en Nueva York (1956 a 1970) se expuso deliberadamente a niños con discapacidad intelectual a hepatitis. Estos experimentos fueron dirigidos por el Dr. Saul Krugman y tenían la finalidad de comprender la transmisión y evolución del virus de la hepatitis, particularmente del tipo A[11]. Los investigadores infectaron o permitieron la infección de niños con el virus de la hepatitis, bajo el argumento de que la mayoría de ellos contraería la enfermedad de forma natural en algún momento, debido a las condiciones insalubres del lugar. Se justificó el procedimiento como una forma de controlar la infección y desarrollar una vacuna. Sin embargo, los métodos utilizados incluyeron la administración del virus por medio de alimentos contaminados o «vacunas», lo que plantea serias preocupaciones éticas. Aunque los padres firmaban formularios de consentimiento informado, muchos lo hacían bajo presión, ya que la participación en el estudio era a menudo una condición para que sus hijos fueran admitidos en la institución. Esta coerción vulneró el principio de autonomía y planteó dudas sobre la validez del consentimiento informado. Además, los niños involucrados eran una población especialmente vulnerable, lo que exigía estándares éticos más rigurosos[11].

El caso Willowbrook fue uno de los catalizadores para el desarrollo de regulaciones más estrictas en la investigación con seres humanos, sobre todo en poblaciones vulnerables. Este caso también contribuyó a la creación del Informe Belmont en 1979, que estableció los principios fundamentales de respeto por las personas, beneficencia y justicia en la investigación biomédica. Este caso ilustra cómo la búsqueda de conocimiento científico puede entrar en conflicto con los derechos humanos cuando no se respetan los principios éticos. Aunque los estudios en Willowbrook llevaron a avances en la comprensión de la hepatitis, el costo humano fue significativo e inhumano[10].

Experimento de Rosenhan y el impacto bioético en la salud mental

El experimento de Rosenhan, publicado en 1973 por el psicólogo David L. Rosenhan, es uno de los estudios más influyentes y polémicos en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica. Su objetivo fue demostrar la falta de fiabilidad en los diagnósticos psiquiátricos y evidenciar cómo el contexto institucional puede distorsionar la percepción de la salud mental. Rosenhan reclutó a ocho «pseudopacientes», incluyéndose a sí mismo, y se presentaron en diferentes hospitales psiquiátricos fingiendo escuchar voces que decían palabras como «vacío», «hueco» y «golpe»[12]. Estos síntomas fueron suficientes para que todos fueran

diagnosticados con esquizofrenia y hospitalizados. Una vez internados, los participantes actuaron con total normalidad, pero sus comportamientos fueron interpretados como parte de su «trastorno». El tiempo de hospitalización osciló entre 7 y 52 días, y ninguno fue identificado como impostor por el personal médico. Cahalan[12] indica que dicho estudio reveló que los diagnósticos psiquiátricos pueden estar fuertemente influenciados por el entorno institucional y los prejuicios del personal. Rosenhan concluyó que una vez que una persona se etiqueta como «enferma mental», todo su comportamiento se interpreta bajo esa visión. Además, los pseudopacientes reportaron sentirse deshumanizados, ignorados y tratados con condescendencia, violentando el principio de dignidad humana dentro de las instituciones del cuidado mental[12].

Aunque el experimento tuvo un impacto profundo en la reforma de los sistemas de salud mental, también fue objeto de críticas éticas. Los hospitales no fueron informados previamente del experimento, y el uso de recursos clínicos para atender a personas sanas plantea dilemas sobre la manipulación del sistema. Además, el estudio fue criticado por la falta de transparencia metodológica y por no haber sido replicado formalmente[12]. El experimento de Rosenhan impulsó cambios en la forma en que se diagnostican y tratan los trastornos mentales, promoviendo una visión más crítica y humanista de la psiquiatría. Sin embargo, en años recientes, algunos investigadores han cuestionado la veracidad de ciertos aspectos del estudio, sugiriendo inconsistencias en los datos reportados por Rosenhan[12].

Ensayo clínico de AZT y el uso de placebos

El ensayo clínico de AZT (azidotimidina/zidovudina) durante la década de 1990 representa uno de los casos más debatidos en la bioética contemporánea, especialmente en lo que respecta a la investigación en poblaciones vulnerables. La combinación de AZT fue el primer tratamiento aprobado para tratar y prevenir la transmisión vertical (madre a hijo) del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su eficacia ya estaba demostrada en estudios previos realizados en EE.UU. Sin embargo, en varios países en desarrollo se hicieron ensayos que utilizaron dosis reducidas del fármaco o incluso placebos en beneficio del ahorro de los sistemas de salud y las compañías farmacéuticas[13]. Los ensayos fueron patrocinados por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se realizaron en países como Tailandia, Uganda y Zimbabwe. El objetivo era evaluar si una dosificación baja de AZT podía ser efectiva para disminuir el costo del tratamiento. En algunos casos, mujeres embarazadas y seropositivas se asignaron a grupos placebo y no recibieron AZT. Con esto, se expuso deliberadamente a sus hijos al virus, a pesar de existir y estar disponible el tratamiento farmacológico[13].

Este diseño violó el principio de beneficencia, al no ofrecer el esquema estándar del tratamiento disponible. También se cuestionó el consentimiento informado, ya que muchas participantes no comprendían completamente los riesgos ni las alternativas. El argumento de que los ensayos reflejaban las condiciones reales de los sistemas de salud locales fue criticado por perpetuar desigualdades en el acceso a tratamientos efectivos, siendo injusto para las participantes. El caso provocó un intenso debate en revistas científicas, medios de comunicación y foros internacionales[13]. Como resultado, se fortalecieron las directrices éticas para la investigación en países en desarrollo, incluyendo las actualizaciones en la Declaración de Helsinki, que exige que los participantes reciban el mejor tratamiento probado disponible. Además, se impulsó la creación de comités de ética locales y se promovió la equidad en los ensayos clínicos internacionales. También se recalcó la necesidad de aplicar principios universales de justicia y respeto por la dignidad humana, independientemente del contexto económico o geográfico de los participantes. Además, este caso cambió la forma de realizar los experimentos clínicos de fase II durante el desarrollo de fármacos, en los cuales ningún participante enfermo dentro de un estudio debe dejar de tomar su medicación estándar. Es decir, los enfermos usados en la fase II deben continuar su tratamiento médico habitual e incorporar, en dado caso, el placebo.

Ensayo clínico de TGN1412 y la regulación de los daños no contemplados

El ensayo clínico de TGN1412, de marzo de 2006 en Londres, es un caso paradigmático en la historia de la investigación biomédica por las graves consecuencias para los voluntarios involucrados[14]. La evaluación de nuevos fármacos en seres humanos se estructura en tres fases clínicas principales: fase I, fase II y fase III. La fase I, en particular, se realiza con voluntarios sanos y tiene como objetivo principal identificar efectos adversos, determinar la farmacocinética del compuesto y establecer el margen de seguridad.

El TGN1412 (theralizumab) es un anticuerpo monoclonal agonista dirigido al receptor CD28, diseñado para activar las células T reguladoras en el tratamiento

de enfermedades autoinmunes y leucemias. Durante la fase I de los ensayos clínicos, en la que participaron seis voluntarios sanos, se observó una respuesta inmunitaria descontrolada caracterizada por una sobreproducción de citocinas proinflamatorias. Esta reacción adversa (tormenta de citocinas) condujo a un fallo multiorgánico en todos los participantes, quienes requirieron ingresar a terapia intensiva horas después de la administración del fármaco[14].

De acuerdo con Stebbings et al.[15], este incidente evidenció múltiples deficiencias en el diseño y la ejecución del estudio, planteando la necesidad de una revisión exhaustiva de los protocolos de investigación en el ámbito biomédico. A pesar de que la dosis administrada en el ensayo fue mil veces menor que la utilizada en modelos animales, hubo una respuesta catastrófica en los voluntarios humanos. Este hallazgo subraya: 1) las limitaciones de los modelos preclínicos para predecir con precisión las respuestas inmunitarias en humanos, especialmente en el contexto de inmunomoduladores, donde las diferencias entre especies pueden ser significativas y afectar a la seguridad del estudio, y 2) todos los voluntarios recibieron dosificaciones continuas, sin esperar a observar posibles reacciones adversas en el primer participante, violando principios básicos de seguridad en estudios de primera administración en humanos[15].

Desde el punto de vista bioético, el caso de TGN1412 plantea serias interrogantes sobre el principio de no maleficencia y la responsabilidad de los investigadores y comités de ética en la evaluación de riesgos. Aunque los voluntarios firmaron un consentimiento informado, la información proporcionada no reflejaba adecuadamente la posibilidad de una reacción inmunitaria grave. Asimismo, el diseño del estudio no contemplaba mecanismos de contención ante una respuesta adversa inmediata[15].

Como consecuencia del incidente, se reformaron las regulaciones europeas sobre ensayos clínicos, especialmente respecto a estudios con agentes biológicos de acción novedosa. La Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA) del Reino Unido implementó nuevas directrices para ensayos de fármacos usados por primera vez en humanos. Esto incluyó la dosificación escalonada y mayor supervisión en tiempo real[16].

Bebés editados genéticamente y la protección del genoma humano

En el 2018, el científico He Jiankui editó genéticamente y de forma no consensuada embriones humanos, con el propósito de generar bebés inmunes al VIH. Estos embriones fueron transferidos al útero para establecer la gestación. La madre receptora de los embriones y los ginecólogos que los transfirieron no fueron informados de la manipulación genética realizada por He, ni de los riesgos asociados[17]. Como resultado nacieron dos niñas, apodadas Lulu y Nana. Este experimento fue conducido por He y expuesto por él mismo. Inmediatamente recibió condena internacional, ya que violó el Convenio de Oviedo y la Declaración de la UNESCO (1997), que prohiben la modificación genética de células germinales o embriones humanos. En 2025, las niñas cumplirán siete años[18], pero se desconoce su paradero o estado de salud.

La conducta de He violó principios elementales de la bioética, como el consentimiento informado, al no informar a ninguno de los involucrados directos e indirectos en la fertilización e implantación de los embriones editados. En consecuencia, se violó la autonomía de los padres para elegir sobre su cuerpo y descendencia. Aunque la intención de He pareciera benéfica por crear bebés incapaces de infectarse con VIH, la secuencia del genoma humano no se completó hasta 2022. Resulta imperdonable y extremadamente arriesgado haber editado el genoma humano en 2018 cuando aún no se conocía la totalidad de su contenido, lo que pudo y podría desencadenar a corto, mediano o largo plazo daños o padecimientos que no fueron contemplados[17,18]. Las consecuencias a largo plazo causadas por la edición génica serán desconocidas, ya que no hay seguimiento del caso.

Conclusión

El avance científico y tecnológico requiere la implementación de reglas y normas que regulen su aplicación, garantizando que los experimentos sean legales, reproducibles y éticamente aceptables. La bioética desempeña un papel fundamental en este contexto, no como un obstáculo, sino como un marco imprescindible para promover una investigación responsable, respetuosa de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Todos los experimentos en humanos deben ser moralmente justificables, supervisados y regulados para equilibrar los beneficios y los riesgos asociados. La historia de la investigación científica ha evidenciado experimentos engañosos, abusivos y malintencionados, que, aunque dañinos, han impulsado la creación de instrumentos regulatorios que previenen la recurrencia de prácticas similares en «pro de la ciencia». La constante innovación en ciencia y tecnología obliga a una evolución y adaptación de la bioética.

Esto previene nuevos abusos y garantiza que el progreso científico se realice bajo un marco ético riguroso y actualizado, acorde con los principios fundamentales de la investigación ética en humanos.

Agradecimientos

Los autores agradecen a PRODEP-SEP (apoyo UACJ-PTC-412).

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. Algahtani H, Bajunaid M, Shirah B. Unethical human research in the field of neuroscience: a historical review. Neurol Sci. 2018;39:829-34.
2. Annas G. Beyond nazi war crimes experiments: the voluntary consent requirement of the Nuremberg Code at 70. Am J Public Health. 2018;108:42-6.
3. Ghooi RB. The Nuremberg Code-A critique. Perspect Clin Res. 2011;2:72-6.
4. Keiichi T, Junkerman J. Unit 731 and the Japanese imperial army's biological warfare program. En: Nie JB, Guo N, Selden M, Kleinman A (Eds.). Japan's wartime medical atrocities. London, UK: Routledge-Taylor & Francis Group; 2013. pp. 21-31.
5. Working R. The trial of unit 731 [Internet]. The Japan Times; 2001 June 5 [onsultado 23 abr 2025]. Disponible: https://www.japantimes.co.jp/opinion/2001/06/05/commentary/world-commentary/the-trial-of-unit-731/.
6. Cuerda Galindo E, Sierra Valenti X, González López E, López Muñoz F. La sífilis y la experimentación en humanos: perspectiva histórica y reflexiones éticas. De la Segunda Guerra Mundial a la actualidad. Actas Dermosifiliogr. 2014;105:847-53.
7. Spector-Bagdady K, Lombardo P. "Something of an adventure": postwar NIH research ethos and the Guatemala STD experiments. J Law Med Ethics. 2013;41:697-710.
8. Tudor ME, Al Aboud AM, Leslie SW, Gossman W. Syphilis [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 17 ago 2024. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521201/.
9. Tobin M. Fiftieth anniversary of uncovering the Tuskegee syphilis study: the story and timeless lessons. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205:1145-58.
10. Adashi E, Walters L, Menikoff J. The Belmont Report at 40: reckoning with time. Am J Public Health. 2018;108:1345-8.
11. Krugman S. The Willowbrook hepatitis studies revisited: ethical aspects. Rev Infect Dis. 1986;8:157-62.
12. Cahalan S. The great pretender: The undercover mission that changed our understanding of madness. New York, NY: Grand Central Publishing; 2019.
13. Lurie P, Wolfe SM. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. N Engl J Med. 1997;337:853-6.
14. Suntharalingam G, Perry M, Ward S, Brett S, Castello-Cortes A, Brunner M, et al. Cytokine storm in a phase 1 trial of the anti-CD28 monoclonal antibody TGN1412. N Engl J Med. 2006;355:1018-28.
15. Stebbings R, Findlay L, Edwards C, Eastwood D, Bird C, North D, et al. "Cytokine storm" in the phase I trial of monoclonal antibody TGN1412: Immunological basis and risk mitigation strategies. Immunology. 2007;122:499-512.
16. European Medicines Agency. Strategies to identify and mitigate risks for first-in-human and early clinical trials with investigational medicinal products - Scientific guideline (EMEA/CHMP/SWP/28367/07) [Internet]. European Medicines Agency [consultado 9 jun 2025]. Disponible: https://www.ema.europa.eu/en/strategies-identify-mitigate-risks-first-human-early-clinical-trials-investigational-medicinal-products-scientific-guideline.
17. Greely H. CRISPR'd babies: human germline genome editing in the 'He Jiankui affair'. J Law Biosci. 2019;6:111-83.
18. Ma Y, Zhang L, Qin C. The first genetically gene-edited babies: It's "irresponsible and too early". Animal Model Exp Med. 2019;2:1-4.

Gaceta CONBIOÉTICA

PERMANYER

Check for updates

CONTRIBUCIONES Y PERSPECTIVAS

Sugerencias de publicaciones

Publications suggestions

CONBIOÉTICA

Gaceta CONBIOÉTICA invita a la lectura de las siguientes obras:

Bioética en salud

Autores: Francisco Alejandro Villacres Fernández, Verónica Alexandra Ayala Esparza, Stalin Fabián Martínez Mora, Manuel José Mosquera Bustamante, Saul Ricardo Zambrano Oyague, Javier Antonio Zurita Gaibor, Alexander Alessi Gavilanes Torres y Janeth Aurora Cruz Villegas.

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador.

En esta obra ecuatoriana, de acceso abierto, el lenguaje resulta accesible para todo el público interesado. El libro se centra en tres áreas principales: la medicina humana, la biología y la ética. Los temas analizados, desde una perspectiva bioética, abarcan cuestiones paradigmáticas en oncología y asuntos menos habituales, como la prescripción y tratamiento de lentes de contacto. Cada capítulo sigue una estructura estándar compuesta por: una introducción, la exposición de los principios éticos o la relevancia del tema tratado, la presentación de los dilemas o desafíos éticos asociados, y un cierre del capítulo. La obra consta de ocho capítulos, cada uno redactado por diferentes autores.

DOI: 10.26820/978-9942-654-86-1

Principios de ética biomédica

Autores: Tom L. Beauchamp† y James F. Childress.

Traducción al español, estudio introductorio y notas aclaratorias: Erick Valdés.

Editorial: Universidad Pontificia de Comillas.

Esta publicación estadounidense se constituye como la segunda traducción al español y la octava edición en inglés (2019) del texto paradigmático sobre los principios de la ética biomédica. En el estudio introductorio del Dr. Valdés, se resalta la revisión de algunas de las críticas al principialismo, así como la presentación de un caso clínico y su análisis, mediante el modelo deliberativo de los principios de respeto por la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. El libro está estructurado en diez capítulos, agrupados en tres partes: fundamentos morales, principios morales, teoría y método. En cada nueva edición, los autores han ampliado las explicaciones, afinado sus propuestas y realizado los ajustes que resultan de las críticas constructivas de estudiantes, colegas, profesionales de la salud y académicos. En el prólogo se recuerda una anécdota, ocurrida durante la transmisión de una videoconferencia magistral con motivo del 30 aniversario de *Conbioética*, en donde un asistente preguntó por la traducción al español de la 8.ª edición, ya que hasta entonces solo existía la traducción de la 4.ª edición

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

Fecha de recepción: 28-10-2025
Fecha de aceptación: 11-11-2025
DOI: 10.24875/GCB.M25000014

Disponible en línea: 30-10-2025
Gac Conbioet. 2025;15(53):98-99
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/).

(1999). Este hecho demuestra cómo la interacción en foros especializados puede impulsar importantes proyectos editoriales.

Ética y salud pública. Propuestas para su integración institucional

Coordinadores: Maite Cruz, Joaquín Hortal y Ángel Puyol.

Editorial: Plaza y Valdés Editores.

El objetivo de esta obra española de acceso abierto, elaborada por el Grupo de investigación de Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social, es sensibilizar y justificar la relevancia de la ética en la salud pública, así como explorar la posibilidad de incorporarla al diseño de políticas públicas. Los autores sostienen que la ética de la salud pública se origina a partir de los estudios de la bioética y que resulta imprescindible reforzarla en el contexto español. Tanto las decisiones como las omisiones en materia de salud pública deben someterse a un análisis ético. Por ejemplo, la ética de la comunicación en salud pública debe alinearse con los objetivos de transparencia y generación de confianza, cuya importancia se vuelve particularmente evidente en entornos marcados por la proliferación de *fake news*. El libro está conformado por cinco capítulos: ética de la salud pública y gobernanza, retos persistentes y emergentes de la ética de la salud pública, la necesidad de perspectivas transversales en salud pública, la integración institucional de la ética de la salud pública, y formación e investigación en ética de la salud pública. Descarga gratuita: https://www.plazayvaldes.es/uploads/2025/09/etica-y-salud-publica-propuestas-ebook.pdf

Exploring the ethics of clinical xenotransplantation

Autores: Christopher Bobier, Adam Omelianchuk y Daniel J. Hurst.

Editorial: Routledge Annals of Bioethics.

Los xenotrasplantes, que son trasplantes entre distintas especies, siguen siendo una prometedora alternativa médica para el reemplazo de órganos con finalidad terapéutica. Los avances actuales se centran en el trasplante de órganos sólidos provenientes de cerdos genéticamente modificados, lo que permite reducir el rechazo inmunitario en el cuerpo humano; los órganos más estudiados son el hígado y el riñón. Los autores de esta obra son tres académicos estadounidenses, especializados en ética, que cuentan con una sólida trayectoria en publicaciones sobre xenotrasplantes y resaltan la relevancia bioética de temas como la investigación animal, la salud pública, la selección de pacientes, la asignación de órganos, la justicia global, la investigación pediátrica y el consentimiento informado. Asimismo, abordan cuestiones éticas generales dirigidas a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes. El libro está estructurado en ocho capítulos sobre: los últimos avances en trasplantes, la consideración ética del uso de animales para este fin, las implicaciones para los pacientes, el impacto en las empresas biotecnológicas, así como las consecuencias globales y futuras, entre otros.

Gaceta CONBIOÉTICA
Permanyer
Check for updates

RETRACTACIÓN

DOI: 10.24875/GCB.M25000013

Gaceta CONBIOÉTICA informa que el artículo *Aprendizaje en bioética desde la simulación (Gac Conbioet 2025; 14(52):3-7)* ha sido retractado, después de un proceso de análisis, por presentar coincidencias sustanciales con otro trabajo de dos de las personas autoras, que fue sometido a la revista Gaceta Médica de México, bajo el título *Desarrollo de competencias bioéticas en escenarios clínicos bajo simulación (Gac Med Mex 2025; 161:133-137).*

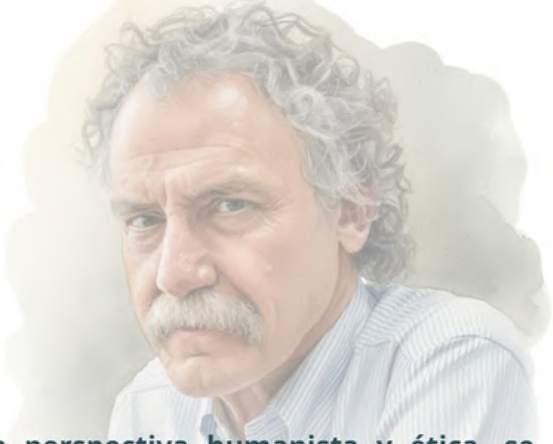
El análisis editorial concluyó que se trata de un caso de publicación redundante o duplicada y falta de transparencia editorial, lo cual contraviene principios internacionales establecidos por el *Committee on Publication Ethics (COPE)* y el *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).*

De esto se informó a la revista Gaceta Médica de México, la cual hizo su propia evaluación, de manera independiente.

El cuerpo editorial de Gaceta CONBIOÉTICA reafirma su compromiso con las buenas prácticas editoriales, la ética en la comunicación científica y la preservación de la confianza de sus lectores, autores y de la comunidad académica en general.

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/).

Arnoldo Kraus



La Comisión Nacional de Bioética recuerda la trayectoria y obra del Doctor Arnoldo Kraus, quien falleció a los 73 años de edad, el pasado 30 de agosto de 2025, en la Ciudad de México:

- El Doctor Kraus, nació el 10 de noviembre de 1951, en la Ciudad de México, perteneció a una familia judía, de origen polaco, cuyo legado marcó y modeló su visión del mundo. Se graduó como Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM y realizó estudios de posgrado en Medicina Interna, Inmunología y Reumatología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

- Con una perspectiva humanista y ética, se desempeñó en la práctica clínica, la docencia y la investigación. Trabajó en el Hospital ABC y fue profesor e investigador en la Facultad de Medicina de la UNAM, donde impartió cursos de Ética Médica, Bioética y Medicina Interna. Fue miembro fundador del Colegio de Bioética. Asimismo, fue reconocido por diversas instituciones y organizaciones.

- Divulgó sobre Bioética, a través de TV UNAM, El Universal, La Jornada y la Revista Nexos. Mantuvo un importante compromiso con la justicia, la dignidad y la equidad, en el campo de la salud. Consideraba que la Bioética debía trascender el ámbito médico y abordar las desigualdades sociales, la dignidad humana y los dilemas morales. Escribió sobre temas de eutanasia, aborto, suicidio, autonomía y derecho al buen morir.

- Consideraba que la relación médico-paciente debía basarse en la empatía, la reflexión y el respeto. Defendió la idea de que el médico no solo debía tratar sino escuchar y acompañar. Promovió la obra *Bioética: manifiesto por la tierra*, el cual plantea una reflexión colectiva sobre la necesidad de extender la bioética hacia la preservación del planeta y la responsabilidad ecológica.

- Arnoldo Kraus dejó una indiscutible huella en la medicina, la ética y la literatura, que se refleja en el compromiso con una bioética laica, inclusiva y humana que atienda a los dilemas de nuestro tiempo, desde la justicia, la razón y la compasión. Con motivo de su reciente partida, la comunidad médica, universitaria y literaria le ha extendido un amplio reconocimiento.

- Entre sus principales obras están:
  - *La eutanasia* (1998)
  - *Morir antes de morir* (2007)
  - *Cuando la muerte se aproxima* (2011)
  - *Decir adiós, decirse adiós* (2013)
  - *Recordar a los difuntos* (2015)
  - *Bioética: manifiesto por la tierra* (2022)
  - *La vida. Un repaso* (2023)

Servicios de información de la Comisión Nacional de Bioética

- Biblioteca
- Atención en línea
- Bases de datos multidisciplinarias
- Bibliografía en bioética y temas afines

Contáctanos:
amigosconbioetica@gmail.com

Acceso a bases de datos:
bit.ly/accesoebscocnb

Blog de Biblioteca CONBIOÉTICA:
bit.ly/BibliotecaConbioeticaWeb

Servicios de información

Biblioteca CONBIOÉTICA

Newsletter CONBIOÉTICA

Síguenos en redes sociales

YouTube

gob.mx/salud/conbioetica

Salud
Secretaría de Salud

CONBIOÉTICA
Comisión Nacional de Bioética

Integridad Científica