



- **Ética, prescripción en nutrición y práctica clínica responsable**
- **Ética ambiental en nuevos fármacos**
 - **Ciencia de la felicidad, imperativo tecnológico: revisión desde la bioética**
- **Conflictos bioéticos de la violencia obstétrica en México**
- **Salud mental, diversidad psicosocial, derechos humanos y comités de bioética**
- **Derecho a la despedida, niñez en el final de la vida y contexto hospitalario**



Convocatoria Abierta - Gaceta CONBIOÉTICA

La Comisión Nacional de Bioética convoca a profesionales, investigadores, académicos, docentes y estudiantes, a presentar trabajos para la **Gaceta CONBIOÉTICA**, órgano de comunicación científica de la Comisión Nacional de 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



Salud
Secretaría de Salud



Integridad Científica



Gaceta CONBIOÉTICA

COMITÉ EDITORIAL Y CIENTÍFICO

EDITOR EN JEFE

Patricio Javier Santillán Doherty

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

EDITOR ASOCIADO

Raúl Jiménez Piña

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

COEDITORA

Alma Macedo de la Concha

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

COMITÉ EDITORIAL

Jorge Alberto Álvarez Díaz

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

Areli Cerón Sánchez

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

Irene Córdova Jiménez

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

Juan Antonio Cruz Parcero

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

Dafna Feinholz Klip

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

Luis Muñoz Fernández

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

Robert T. Hall

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

Arnoldo Kraus†

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

Virginia Pascual Ramos

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

Gabriela Pineda Hernández

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Jaqueline 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. 54, Enero-Junio, es una Publicación semestral editada por la Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud, Calzada Arenal, 134, Col. Arenal Tepepan, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14610, Ciudad de México, México Tel. (55) 5487 2760, <https://www.gacetaconbioetica.com>. Editor responsable: Patricio Javier Santillán Doherty. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-091412565600-109, ISSN: 3061-7960, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Permanyer México S.A. de C.V., Arquímedes, 190 Int. 404, Col. Polanco IV Sección, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11560, Ciudad de México, México, (55) 7159 3537, fecha de última modificación, 30 de junio de 2026.

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

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



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

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



www.permnyer.com

Ref.: 11915AMEX261

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.

© 2026 Órgano de Comunicación Científica de la Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer.

Ilustración de portada: Fracción del mural en mosaico veneciano "Evolución Médica", creado en 1959 por el muralista y pintor mexicano Ramiro Romo Estrada. La obra se encuentra en el vestíbulo del edificio de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx).

La imagen original se encuentra en el libro "Setenta años de rectoría de salud en México" editado, en 2013, por la Secretaría de Salud. Esta publicación se encuentra bajo resguardo del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud "Rómulo Velasco Ceballos".

Contenido

EDITORIAL	1
<i>Patricio J. Santillán-Doherty</i>	
ARTÍCULOS Y APORTACIONES	
Ética de la prescripción en nutrición: una mirada a la práctica clínica responsable	2
<i>Hilda Hernández-López y Emmanuel Correa-Solís</i>	
Ética ambiental en nuevos fármacos	9
<i>Andrea F. Terán-Ayala y Yolanda Pica-Granados</i>	
La ciencia de la felicidad y su imperativo tecnológico: una revisión crítica desde la bioética	14
<i>José E. Lazo-Vela</i>	
Conflictos bioéticos de la violencia obstétrica en México	27
<i>Dalia Falcon-Carrillo</i>	
Desafíos en salud mental: diversidad funcional psicosocial, derechos humanos y los comités de bioética	32
<i>Fabiola Tafoya-Ramos, Nancy Martínez-Cerón y Copytzy Cruz-Cruz</i>	
El derecho a la despedida: integrando a la niñez en el final de la vida en el contexto hospitalario	42
<i>Nancy E. Rangel-Domínguez</i>	
ENCUENTRO BIOÉTICO	
Conversación con la Dra. Ingrid L. Brena Sesma	49
<i>CONBIOÉTICA</i>	
SUGERENCIAS DE LECTURA	
Obras de interés sobre ética y bioética	52
<i>CONBIOÉTICA</i>	
CARTA AL EDITOR	
Carta al editor	54
<i>Gustavo F. Olaiz-Barragán</i>	

Editorial

Patricio J. Santillán-Doherty

Gaceta Conbioética

Con gran satisfacción presentamos el número 54 de la *Gaceta Conbioética*, correspondiente a la cuarta entrega de esta nueva etapa editorial en formato científico. Este esfuerzo representa la continuidad de un proyecto institucional comprometido con la expansión del análisis bioético, al tiempo que busca contribuir a la construcción de pensamiento crítico desde perspectivas diversas, rigurosas y socialmente comprometidas en materia de salud, ciencia, tecnología y derechos humanos.

La bioética atraviesa hoy un momento particularmente significativo. Los rápidos cambios tecnocientíficos, las transformaciones sociales y los nuevos desafíos globales exigen fortalecer los espacios de deliberación y diálogo informado. Lejos de ser una disciplina estática, la bioética se manifiesta aquí como una herramienta dinámica y crítica, capaz de cuestionar desde la práctica clínica cotidiana hasta los grandes imperativos tecnológicos de nuestra era.

El recorrido del presente número inicia examinando la ética de la prescripción en nutrición, recordándonos que el acto clínico responsable trasciende la técnica para situarse en el plano del respeto y la integridad del paciente. Esta mirada hacia la responsabilidad se extiende también a la ética ambiental, donde el desarrollo de nuevos fármacos nos obliga a considerar las repercusiones de la ciencia en los ecosistemas que habitamos.

La actual edición aborda las deudas pendientes en materia de justicia social y derechos humanos. Se analizan los conflictos bioéticos derivados de la violencia obstétrica en México, una problemática que exige una revisión profunda de la atención a la salud. Asimismo, exploramos los desafíos en salud mental, vinculando la diversidad funcional psicosocial con la labor crucial de los comités de bioética para garantizar el respeto a la dignidad.

Un espacio particularmente sensible se dedica al derecho a la despedida, reflexionando sobre la integración necesaria de la niñez en los procesos de final de la vida dentro del contexto hospitalario. Esta visión humanista se complementa con una revisión crítica a la ciencia de la felicidad y su relación con la tecnología, cuestionando los límites de la búsqueda del bienestar bajo la lupa bioética.

Finalmente, nos honra incluir un encuentro con la Dra. Ingrid Brena, cuya trayectoria enriquece nuestro diálogo interdisciplinario. Con las habituales sugerencias de lectura y la participación activa de nuestros lectores por medio de la carta al editor, cerramos una entrega que busca, ante todo, fortalecer el compromiso ético en cada rincón de la sociedad.

Esperamos que estas páginas inspiren una reflexión transformadora.

Correspondencia:

Patricio J. Santillán-Doherty

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

Fecha de recepción: 15-06-2026

Fecha de aceptación: 15-06-2026

DOI: 10.24875/GCB.M26000020

Disponible en línea: 09-07-2026

Gac Conbioet. 2026;15(54):1

www.gacetaconbioetica.com

Ética de la prescripción en nutrición: una mirada a la práctica clínica responsable

Ethics of nutritional prescribing: insights into responsible clinical practice

Hilda Hernández-López^{1*} y Emmanuel Correa-Solís²

¹Universidad de la Cañada, Instituto de Farmacobiología, Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca; ²Clínica de Inmunocompromiso por Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México. México

Resumen

En este artículo se propone que los profesionales de la nutrición llevan a cabo cierta clase de prescripción que, por sus características, objetivos y dimensión ética, es equiparable a la prescripción de fármacos. Esta prescripción es de carácter nutricional y, en la práctica, está dirigida al cuidado nutricional mediante la recomendación de pautas alimentarias, actividad física, suplementación alimenticia y soporte nutricional, ya sea con fines terapéuticos o de prevención. Al ser una actividad clínica, está sujeta a cuestiones y dilemas éticos que pueden abordarse a partir de los principios conocidos en la bioética. No obstante, también hay cuestiones abiertas que reclaman un análisis ético más complejo.

Palabras clave: Prescripción. Prescripción nutricional. Bioética. Nutrición.

Abstract

This article proposes that nutrition professionals carry out a certain kind of prescription that, by its characteristics, objectives, and ethical dimension, is analogous to drug prescription. This prescription is nutritional in nature and, in practice, is aimed at nutritional care by recommending dietary guidelines, physical activity, supplementation, and nutritional support, whether for therapeutic or preventive purposes. As a clinical activity, it is subject to ethical questions and dilemmas that can be addressed based on well-known bioethical principles. However, there are issues that ask for further ethical analysis.

Keywords: Prescription. Nutritional prescription. Bioethics. Nutrition.

*Correspondencia:

Hilda Hernández-López
E-mail: hilda@unca.edu.mx

Fecha de recepción: 14-09-2025
Fecha de aceptación: 13-01-2026
DOI: 10.24875/GCB.25000027

Disponible en línea: 26-03-2026
Gac Conbioet. 2026;15(54):2-8
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2026 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prescripción es un acto clínico comúnmente concebido como un proceso lógico¹⁻³ que parte de la valoración del estado físico del paciente para obtener un diagnóstico y recomendar un tratamiento farmacológico. De acuerdo con la legislación vigente en México⁴, solo algunos profesionales de la salud pueden recetar bajo ciertas condiciones éticas, legales y clínicas. Por impedimentos en la legislación y por su propio ámbito de profesionalización, los nutriólogos no prescriben fármacos, pero sí llevan a cabo un proceso de atención terapéutica semejante al que realizan otros profesionales de la salud. Este involucra la evaluación, el diagnóstico, la intervención y el monitoreo del estado de nutrición, así como la deliberación y la toma de decisiones a partir de su experiencia profesional. Como resultado de este proceso de atención nutricional, el nutriólogo prescribe planes alimentarios, actividad física o suplementación alimenticia, así como recomendaciones y soporte nutricionales.

En este escrito se analizarán algunos elementos clave de cierto tipo de prescripción que proponemos sea denominada «prescripción nutricional». De modo general, esta actividad está presente en tareas propias del nutriólogo, como la formulación de planes de alimentación, la explicación de la dieta adecuada para el paciente, la educación y el asesoramiento nutricionales, la coordinación con todas las partes implicadas para la planificación de un menú, y la ejecución de la intervención nutricional⁵.

Derivado de esto y de forma análoga a la prescripción de medicamentos, la prescripción nutricional puede estar sujeta a problemas éticos en los que entran en juego los valores y la subjetividad tanto de los pacientes como de los nutriólogos. Lo que se plantea en este artículo es que, para orientar la toma de decisiones y la práctica clínica responsable, el profesional de la nutrición puede valerse de algunos principios desarrollados en el ámbito de la bioética. Particularmente, se expondrán los cuatro principios del modelo principialista de Tom L. Beauchamp y James F. Childress⁶ para mostrar cómo pueden aplicarse al abordar cuestiones éticas relacionadas con el ámbito de la prescripción nutricional.

El objetivo de este escrito es hacer visible el papel de los nutriólogos al realizar esta clase de prescripción nutricional y mostrar que, como toda actividad dedicada al cuidado de la salud, esta requiere una fundamentación ética. Para desarrollar esta propuesta, primero se describirá de forma general en qué consiste

la prescripción de fármacos como acto clínico y cuáles son su trasfondo legal y su dimensión ética. En segundo lugar, se explicará por qué, aunque los nutriólogos no realizan esta labor, llevan a cabo otra clase de prescripción con unas características y un proceso semejantes. Posteriormente, para fundamentar el actuar responsable de los profesionales de la nutrición, se retomarán los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, junto con algunos ejemplos de su aplicación en escenarios propios de la atención nutricional en el ámbito clínico. Por último, se discutirán varios conflictos, cuestiones abiertas y dilemas éticos relacionados con la prescripción nutricional para resaltar la necesidad de un abordaje ético más profundo, sobre todo considerando los campos de la nutrición: alimentación y nutrición en la salud y la enfermedad, alimentos e industria alimentaria, docencia e investigación, información y comunicación en alimentación y nutrición, entre otros⁷.

La prescripción de medicamentos

La prescripción de medicamentos es un acto habitual en la práctica clínica que involucra un proceso, en el cual un profesional de la salud realiza una valoración del estado físico del paciente (regularmente apoyándose en elementos como la entrevista, el expediente clínico, análisis de laboratorio, etc.), propone un diagnóstico y brinda un tratamiento farmacológico a partir de una receta médica^{1,8}. De acuerdo con la guía para una buena prescripción de la Organización Mundial de la Salud¹, se trata de una actividad terapéutica razonada, individualizada y sistemática que debe realizarse en seis pasos: 1) definición del problema, 2) especificación del objetivo terapéutico, 3) comprobación de la efectividad y la seguridad del fármaco, 4) inicio del tratamiento, 5) informar al paciente y 6) supervisar el tratamiento.

Para su correcta realización, la prescripción de medicamentos demanda el desarrollo de las capacidades necesarias para elegir los fármacos más adecuados (considerando el costo, la eficacia, la seguridad y la conveniencia), recetarlos con la dosificación correcta, brindar información clara y precisa a los pacientes para asegurar la adhesión terapéutica, y hacer una elaboración cuidadosa de las recetas^{1,3}. En este sentido, se trata de una actividad altamente especializada que involucra la experiencia profesional, el conocimiento científico actualizado y habilidades cognitivas como el razonamiento lógico, la interpretación de información médica, la comunicación, la deliberación y la toma de decisiones.

La prescripción de fármacos está sujeta a un marco legal debido a sus implicaciones para la salud de la población⁸. En México, de acuerdo con el artículo 28 bis de la Ley General de Salud⁴, los profesionales de la salud capacitados para prescribir medicamentos son los médicos, los médicos homeópatas, los cirujanos dentistas, los veterinarios y los licenciados en enfermería titulados y debidamente identificados con cédula profesional. Sin embargo, en ciertos casos hay algunas restricciones; por ejemplo, los veterinarios solo pueden recetar en su ámbito de competencia. Asimismo, bajo ciertas condiciones, la prescripción de fármacos está permitida para los pasantes de servicio social de esas mismas áreas y para las parteras^{4,9}. Como complemento de este artículo, el capítulo IV de la Ley General de Salud y el artículo 51 del Reglamento de Insumos para la Salud⁹ establecen diversas pautas sobre la información que deben contener las recetas, así como los grupos de fármacos que pueden prescribirse en el territorio nacional.

Al igual que otros procedimientos clínicos y terapéuticos, la prescripción de medicamentos puede estar sujeta a diversas cuestiones éticas relacionadas con el contexto actual del desarrollo de la tecnología médica y con retos sanitarios como la pauperización o la escasez de insumos en los sistemas de salud públicos¹⁰. Además, dado que se trata de un acto clínico que involucra tanto un diagnóstico individualizado como un análisis de los riesgos y beneficios de un tratamiento farmacológico, el profesional de la salud debe tener un mayor compromiso ético para adaptarse a cada contexto y evitar la prescripción irracional¹⁻³. En diversos trabajos¹⁰⁻¹⁶ se han abordado las cuestiones éticas relevantes sobre la prescripción de fármacos, algunas de las cuales expondremos a continuación.

El conflicto de intereses es uno de los problemas éticos que más se ha discutido en el ámbito de la prescripción de medicamentos, ya que, como es bien sabido, la industria farmacéutica utiliza estrategias éticamente dudosas (como regalos, subvenciones a la investigación y patrocinios)¹¹⁻¹³ para posicionar sus productos en el mercado. El conflicto de intereses surge porque los profesionales y los sistemas de salud tienen como objetivo fundamental el garantizar la salud de la población, mientras que la industria farmacéutica persigue el interés económico de aumentar sus ganancias. Es decir, en este caso entran en juego intereses distintos y algunos profesionales de la salud pueden anteponer el beneficio económico, o no tener consciencia de los sesgos y las prácticas sin fundamento ético que adquirieron a lo largo de su formación profesional².

Otros problemas relevantes son el de la libertad de prescripción del profesional de la salud y el de la autodeterminación del paciente. En el primer caso, la prescripción de medicamentos puede estar condicionada en los sistemas de salud públicos, ya sea por falta de insumos médicos o por reglas institucionales cuyo propósito es estimular o limitar la prescripción de algunos medicamentos; por ejemplo, otorgando un bono económico a los médicos que prescriban menos fármacos^{14,15}. En segundo lugar, los pacientes pueden acudir a la consulta con expectativas, preferencias o prejuicios sobre los tratamientos farmacológicos¹⁶; por ejemplo, existe la creencia generalizada de que toda consulta médica de calidad debe dar lugar a la prescripción de un medicamento⁸. En este caso, las diferencias entre el juicio del profesional de la salud y el tipo de atención que desea el paciente pueden propiciar tensiones que afecten a la prescripción.

Según lo expuesto hasta aquí, la prescripción de medicamentos es parte fundamental del quehacer cotidiano de ciertos profesionales de la salud y, al igual que otras actividades clínicas, tiene un fundamento legal que establece qué profesionales pueden prescribir y otros requisitos básicos para la prescripción de fármacos, como la información que deben contener las recetas. Igualmente, esta actividad está sujeta a una dimensión ética porque, en la práctica, los profesionales pueden enfrentar vulnerabilidad en la autonomía y la toma de decisiones, y presentar posibles conflictos de intereses.

La prescripción nutricional: algunas cuestiones éticas

Como vimos en la sección anterior, de acuerdo con la normativa vigente en México, los nutriólogos no están incluidos entre los profesionales de la salud que pueden recetar fármacos. Además de que dicha normativa restringe esa actividad clínica, propiamente hablando, esta tampoco forma parte de las competencias de un profesional de la nutrición⁷. Sin embargo, como parte de una intervención terapéutica, los nutriólogos sí realizan un proceso de atención semejante al que subyace a la prescripción de medicamentos, el cual parte de la evaluación del estado físico y nutricional para recabar información del paciente e identificar un problema nutricional, y así poder brindarle una recomendación o realizar una intervención de acuerdo con los lineamientos de la práctica clínica o con la evidencia científica disponible. Este proceso está centrado en el cuidado nutricional y es equiparable al que realizan los médicos para recomendar fármacos, puesto que también involucra la experiencia

profesional, el conocimiento científico actualizado y ciertas habilidades cognitivas.

Dentro del campo de la nutriología, la Academy of Nutrition and Dietetics de los Estados Unidos de América ha propuesto desde el año 2003 el modelo del «proceso de cuidado nutricional», el cual permite estandarizar la terminología y el lenguaje, desarrollar pensamiento crítico y solucionar problemas relacionados con la nutrición o la alimentación para cualquier profesional de la nutrición, y cuya finalidad es mostrar la influencia de la atención nutricional en los pacientes¹⁷. Este modelo está integrado por cuatro pasos: 1) evaluación nutricional, 2) diagnóstico nutricional, 3) intervención nutricional y 4) monitoreo y reevaluación nutricional. En el paso 3 (intervención nutricional) se reconocen acciones planificadas que tienen la intención de modificar un comportamiento, un factor de riesgo, una condición ambiental o el estado de salud de una persona, siendo la intervención nutricional la enfocada en resolver un diagnóstico o etiología nutricional¹⁸.

En este escrito proponemos que el proceso de atención nutricional realizado por los nutriólogos ejemplifica un tipo de prescripción no farmacológica que puede denominarse «prescripción nutricional». Esta consiste en la recomendación dietética individualizada para cada paciente, incluyendo la ingesta de energía, alimentos o nutrientes seleccionados, según los estándares de referencia actuales y las pautas dietéticas, así como el estado de salud y el diagnóstico nutricional, priorizando las estrategias para alcanzarlo y realizando la intervención de acuerdo con las necesidades del paciente¹⁸.

Esta actividad clínica de atención nutricional es prescripción por derecho propio, no solo por el proceso y las habilidades profesionales que involucra, sino también porque está orientada al establecimiento o el fortalecimiento de medidas con fines terapéuticos, de prevención y de rehabilitación, tal como ocurre con la prescripción de medicamentos². Es decir, la prescripción nutricional, además de tener unas características análogas a la de aquella que involucra el uso de fármacos, también persigue los mismos propósitos de atención y cuidado de la salud. De esto se desprende que, como acto clínico, la prescripción nutricional puede estar sujeta a cuestiones éticas de modo semejante a como ocurre con la prescripción de medicamentos.

En los diversos trabajos en los que se aborda la dimensión ética de la prescripción, los problemas planteados están relegados a la recomendación de tratamientos farmacológicos¹⁶ y no se tratan dilemas éticos relacionados con prácticas como la prescripción de pautas alimentarias o de actividad física. Sin embargo, al

reconocer que la prescripción no está restringida al terreno farmacológico, es posible analizar cuestiones éticas de este acto clínico en general, siendo la labor de los nutriólogos la que mejor representa esta clase de prescripción no farmacológica. Y aquí cabe aclarar que otros profesionales de la salud también realizan este tipo de prescripción de forma habitual en el consultorio. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental pueden indicar actividad física como terapia complementaria para trastornos como la depresión¹⁹.

En síntesis, una ventaja de ampliar el modo en que entendemos la prescripción nos permite reconocer ciertos problemas éticos comunes, independientemente de si esta involucra o no el uso de medicamentos. Por ejemplo, la prescripción de suplementos alimenticios puede estar sujeta al conflicto de intereses de forma parecida a como ocurre con la prescripción de fármacos. En este caso, los nutriólogos pueden anteponer sus intereses económicos a la salud de los pacientes cuando recomiendan algún producto que carece de respaldo científico o que representa un riesgo para la salud. Además, la prescripción de suplementos alimenticios puede ser inadecuada cuando no se basa en una evaluación de los posibles riesgos y beneficios para el paciente²⁰. Asimismo, la investigación actual en este ámbito avanza a un ritmo acelerado, por lo que los profesionales de la nutrición deben estar comprometidos con la actualización de los conocimientos científicos en su área profesional. La dimensión ética de la prescripción de suplementación alimenticia está representada en algunos artículos de los códigos éticos de los nutriólogos^{21,22}, dada su importancia en la práctica clínica, tal como hemos expuesto.

Otro ejemplo es el de la prescripción de pautas alimentarias, la cual está relacionada con el problema de la autodeterminación de los pacientes, los posibles sesgos respecto al tipo de intervención terapéutica que realiza un profesional de la nutrición y las expectativas sobre los resultados que pueden obtenerse a través de una intervención dietética. Igualmente, cuando se trata de alimentación, se hace evidente que las preferencias individuales están moldeadas por factores como la educación, la cultura y la clase social, que pueden desempeñar un papel decisivo en la adherencia al tipo de intervenciones y terapias que realizan los nutriólogos. Por ejemplo, un plan de alimentación puede estar respaldado científicamente y ser el resultado de una evaluación nutricional individualizada, pero puede ser inviable en términos económicos, por preferencias personales o por no ser culturalmente apropiado²³.

Los ejemplos expuestos ilustran cómo la prescripción nutricional puede estar sujeta a diversas consideraciones

éticas de manera semejante a la prescripción de medicamentos. Sobre esto, proponemos que el principialismo es una posible vía para analizar los problemas éticos propios de la prescripción nutricional y puede ser el fundamento de la práctica clínica responsable de los nutriólogos. El modelo principialista desarrollado por Tom L. Beauchamp y James F. Childress⁶ es uno de los más conocidos en la bioética y ha sido utilizado para abordar cuestiones éticas relacionadas con la prescripción de fármacos^{16,24,25}; por ello, en este escrito lo hacemos extensivo a otras cuestiones en el campo de la nutrición. A continuación, expondremos los cuatro principios de dicho modelo aplicados para el abordaje de algunos ejemplos tomados de la práctica cotidiana de los nutriólogos.

Autonomía

Este principio establece la autodeterminación del paciente, es decir, la libertad de la que goza para decidir sobre su salud. Para garantizar el ejercicio pleno de la autonomía, la toma de decisiones no debe estar condicionada por influencias externas y debe ser producto de una deliberación consciente^{6,25}. En el ámbito de la prescripción de medicamentos, este principio sustenta el deber del profesional de la salud de brindar información clara, actualizada y precisa que permita al paciente conocer los beneficios y riesgos de un tratamiento farmacológico. En la prescripción nutricional, la comunicación es clave para conocer los hábitos, las preferencias, las expectativas y las creencias de los pacientes, para así poder ofrecerles un programa de alimentación individualizado enfocado en el cuidado nutricional. La autonomía es fundamental en la consulta nutricional cuando el paciente manifiesta cierta preferencia o rechazo de algunos alimentos, ya sea por costumbre, gusto o convicciones religiosas o morales; por ejemplo, el rechazo del consumo de carne y otros productos de origen animal. La evaluación nutricional aunada al diálogo con el paciente sobre los posibles beneficios y riesgos de una prescripción dietética son la base de una intervención nutricional que respeta el principio de autonomía.

No maleficencia

Este principio está formulado como una prohibición y establece que el profesional de la salud debe evitar todas aquellas acciones intencionales que puedan provocar algún tipo de daño a los pacientes⁶. En la prescripción nutricional, este principio puede aplicarse al uso de suplementos alimenticios, pues, como mencionamos anteriormente, los profesionales de la nutrición

no deben anteponer el interés económico al promocionar o vender productos que no aportan ningún beneficio para la salud, que pueden provocar algún tipo de daño o que carecen de evidencia científica que los respalde²⁰.

Beneficencia

Este principio establece el deber moral del profesional de la salud de realizar aquellas acciones que beneficien o contribuyan a la salud del paciente⁶. En la prescripción nutricional, la beneficencia puede aplicarse en varios casos relacionados con el cuidado nutricional; por ejemplo, en la prescripción de dietas con fines terapéuticos (o dietoterapia), el nutriólogo contribuye al tratamiento de alguna patología con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes. Este principio también se aplica en la prescripción de actividad física en pacientes sanos porque el propósito es contribuir a la prevención de enfermedades de gran prevalencia y al bienestar general. Asimismo, el nutriólogo obra en beneficio del paciente cuando reconoce que la atención que requiere está fuera de su ámbito de competencia y lo remite a otro profesional de la salud.

Justicia

Este principio se refiere a la distribución equitativa tanto de los beneficios como de las responsabilidades de los miembros de la sociedad. En la prescripción de fármacos, ha sido aplicado para abordar el problema del acceso universal a tratamientos eficaces y seguros, por ejemplo, mediante el uso de medicamentos genéricos^{13,16}. En la prescripción nutricional, este principio está relacionado con la recomendación de planes dietéticos y el derecho humano a una alimentación suficiente, saludable y sostenible, ya que el acceso desigual a los alimentos no solo tiene implicaciones en el bienestar de la población, sino que también puede condicionar las intervenciones nutricionales como la dietoterapia. Por ejemplo, la limitación de recursos económicos puede afectar la cantidad y la calidad de la terapia nutricional enteral de pacientes con ciertas patologías²⁶.

El campo de acción del nutriólogo y algunas cuestiones abiertas en la prescripción nutricional

Es fundamental considerar que el nutriólogo es un profesional de la salud que se desempeña en diferentes campos, en los cuales puede realizar una prescripción

nutricional e involucrar una variedad de aspectos éticos relacionados con su labor. Por ello, en 2017, la Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A.C. (AMMFEN)⁷, en colaboración con el Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C. (CMN) y el Consejo Nacional para la Calidad de Programas Educativos en Nutriología (CONCAPREN), estableció los seis campos profesionales en los que el especialista en nutrición puede desempeñar sus funciones: 1) alimentación y nutrición en la salud y la enfermedad, 2) alimentos e industria alimentaria, 3) docencia e investigación en alimentación y nutrición, 4) información y comunicación en alimentación y nutrición, 5) industria culinaria y farmacéutica relacionada con la alimentación y la nutrición, y 6) innovación y emprendimiento en alimentación y nutrición.

Al reconocer estos campos, se puede identificar la diversidad de funciones del profesional de la nutrición, y puede conducirlo al establecimiento de pautas de tratamiento que se definan por los lineamientos éticos, competencias profesionales o consensos de asociaciones; sin embargo, ninguno de estos dirige la prescripción nutricional como parte de las funciones o competencias del nutriólogo en el ejercicio profesional^{27,28}. Es decir, a pesar de que se reconocen sus competencias y su alineación con los aspectos bioéticos derivados de la misma profesión, el nutriólogo tiene escenarios poco tangibles que cuestionen el modo en que toma decisiones, por lo que aún se enfrenta a dilemas éticos inherentes a su práctica; por ejemplo, la negación del paciente a ser alimentado por sonda, la prescripción de nutrimentos en fases de adecuación terapéutica por máximo beneficio²⁹, la presión por parte del paciente para la prescripción de suplementos alimenticios y el dilema entre ceder para no perder clientes o negarse a recomendar un producto alimenticio sin base científica sólida²⁰.

También cabe recordar que la atención nutricia se basa en el derecho de las personas a la alimentación, priorizando el beneficio en la prevención o el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, desde la evaluación y el diagnóstico de los pacientes hasta la implementación de dietoterapia o soporte nutricional basada en la evidencia y con un trabajo inter- y multidisciplinario. No obstante, el cuidado nutricional y la prescripción nutricional no conllevan la obligación de alimentar a todos en cualquier circunstancia o costo, sino que las decisiones deben anteponer el interés y el bienestar del paciente.

A pesar de que una ética de la prescripción nutricional puede basarse en los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, no deben olvidarse

otros principios y valores, como la igualdad y la equidad. El primero busca igualdad de oportunidades, y el segundo implica asignar recursos de manera individualizada para lograr resultados equitativos, aunque esto ocasionalmente pueda generar tensiones o conflictos en la distribución de recursos, en especial en contextos de limitaciones³⁰, de forma semejante a como ocurre con la prescripción de fármacos.

Para finalizar este apartado, es importante destacar que, en situaciones críticas o ante dilemas éticos, las decisiones del nutriólogo no solo se basan en juicios de valor y en su experiencia, sino que también se fundamentan en el reconocimiento de los límites profesionales del nutriólogo y la necesidad de remitir al paciente a otros profesionales con los que trabaja de manera inter- y multidisciplinaria, la consideración de los objetivos del tratamiento, el análisis de los riesgos y beneficios, y sobre todo las circunstancias personales, los deseos y las preferencias del paciente y de la familia^{31,32}. Asimismo, se debe considerar que, como en la práctica médica, el nutriólogo tiene independencia profesional en cuanto a la prescripción nutricional, ya que tiene la capacidad de elegir el mejor tratamiento para el paciente de acuerdo con las posibilidades terapéuticas disponibles y tras haber sopesado el componente científico (su validez, seguridad y utilidad), sin olvidar los aspectos sociolaborales, económicos y deontológicos¹⁴.

Conclusión

Tal como se ha expuesto en este escrito, la prescripción de medicamentos es una actividad cotidiana y esencial para los profesionales de la salud que están capacitados según el marco legal vigente en México. Por sus características como acto clínico, la prescripción puede ser entendida en un sentido más amplio para incluir otras actividades propias del cuidado de la salud. En específico, se argumentó que los nutriólogos llevan a cabo un proceso lógico semejante al que involucra la prescripción de fármacos, pero su intervención clínica está centrada en planes alimentarios, actividad física, suplementos alimenticios y soporte nutricional. Este tipo de prescripción nutricional puede ser identificada como prescripción no farmacológica porque persigue los mismos objetivos que la que involucra el uso de medicamentos.

Esta forma de entender la prescripción tiene ventajas, ya que permite analizar los conflictos éticos a los que se enfrentan los nutriólogos y muestra que son análogos a aquellos que predominan en la prescripción de fármacos. El modelo principialista, ampliamente reconocido

en la bioética y conformado por cuatro principios, puede aplicarse para orientar los juicios y regir la práctica clínica responsable de todo profesional de la nutrición. Sin embargo, al ser la nutrición una disciplina con varios campos de acción y que además tiene un enfoque inter- y multidisciplinario, su ejercicio puede propiciar diversos dilemas. La prescripción nutricional es un área con cuestiones abiertas que demandan un mayor análisis debido a su importancia para la prevención y el tratamiento de enfermedades con grandes repercusiones sociales y económicas en la actualidad.

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, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción. Ginebra: OMS; 1998.
- Marijuán M. Ética de la prescripción. *INFAC*. 2003;11:11-6.
- Moreno M, Arrieta O, Burgos R, Campillo C, Celis MA, de la Llata M, et al. La receta médica: ¿reflejo condicionado o reflexión consciente? *Gac Med Mex*. 2020;156:615-7.
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 7 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.
- Carbajal A, Sierra JL, López-Lora L, Ruperto M. Proceso de atención nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la nutrición y la dietética. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2020;24:172-86.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.
- Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición, A.C. (AMMFEN). Definición de los campos profesionales del nutriólogo en México. Reporte por el grupo de trabajo. México: AMMFEN; 2020.
- Ramírez-Fernández DM. Prescripción y receta médica: una mirada a sus requisitos legales en México. *Perinatol Reprod Hum*. 2024;38:60-5.
- Reglamento de insumos para la salud. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobernación. 4 de febrero de 1998. Disponible en: <https://uis.com.mx/assets/REGLAMENTO%20de%20Insumos%20para%20la%20Salud.pdf>.
- Manzini JL. Ética de la prescripción médica en un país pauperizado. *Acta Bioeth*. 2005;11:191-200.
- Ponce de León S. La práctica médica y la industria farmacéutica. En: Álvarez del Río A, Rivero Weber P, editoras. *El desafío de la bioética*. México: FCE; 2014. p. 104-13.
- Sapag-Hagar M. Bioética: al encuentro de una conciencia. Chile: Universidad de Chile; 2009.
- Martínez González C. Ética de las relaciones con la industria farmacéutica. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2020;13:68-74.
- Hidalgo-Carballal A, González Pernía J. Ética de la prescripción. Ciencia y conciencia. Primera parte. *SEMERGEN*. 2009;35:156-60.
- Hidalgo-Carballal A, González Pernía J. Ética de la prescripción. Ciencia y conciencia. Segunda parte. *SEMERGEN*. 2009;35:203-6.
- Ruíz Ortega P, Lucena León MI. Ética de la prescripción. *Med Fam Andal*. 2020;21:10-4.
- Swan WI, Pertel DG, Hotson B, Lloyd L, Orreval Y, Trostler N, et al. Nutrition Care Process (NCP) Update Part 2: developing and using the NCP terminology to demonstrate efficacy of nutrition care and related outcomes. *J Acad Nutr Diet*. 2019;119:840-55.
- Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orreval Y, Trostler N, et al. Nutrition care process and model update: toward realizing people-centered care and outcomes management. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117:2003-14.
- Cano García M, Romero LE, Álvarez M, Saavedra PA, Cartagena DG. Impacto de la actividad física en la salud mental en personas con trastornos de ansiedad y estrés. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte*. 2024;19:60-9.
- Laviada H, Kaufer M, Solís E, Perichart O, Melgarejo MA, Ruiz M. Suplementos alimenticios y bioética. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr*. 2024;11:13-22.
- Sierra Tobón LM, López Talavera M, Pérez Cano A, Maza Moscoso C, Senese A, Van Aanholt D, et al. Código de ética del nutricionista clínico de la FELANPE. *Rev Nutr Clin Metab*. 2021;4(Supl 1):110-3.
- Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C. Código de ética profesional del nutriólogo. México: CMN; 2024. Disponible en: <https://cmnutriologos.com/wp-content/uploads/2024/04/Codigo-de-etica-CMN.pdf>.
- Pérez Santana MB. Reflexiones éticas en la práctica de la nutrición a partir de la orientación dietonutritiva dentro del contexto cubano. *Rev Cubana Aliment Nutr*. 2020;30:573-8.
- Carmona de la Morena J. Ética de la prescripción. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5:149-50.
- Moya Bernal A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:57-63.
- Gonçalves EC, Ikeda Morimoto IM, Gomes Ribeiro CS, Rocha da Cunha T, Corradini-Perini C. Bioética y derecho humano a la alimentación adecuada en la terapia nutricional enteral. *Rev Bioet*. 2018;26:260-70.
- Ferrand S, Onfray MP, Medina MG. Actualización del rol del nutricionista clínico: estándares de práctica. *Rev Chil Nutr*. 2021;48:437-46.
- Romero-Zepeda H, Preciado-Cortés R, Elton-Puente JE, Salazar-Piñón MC, García-Gasca T, Hall RT. Reflexiones desde la bioética sobre la nutrición en México. *Rev Salud Publica Nutr*. 2008;9(1).
- Collazo E, Girela E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. *Nutr Hosp*. 2011;26:1231-5.
- Barrocas A, Baird D, Guinhut M, Oquendo G, Cardenas D. The ethical dimension of nutrition support teams and clinical nutrition professionals in dealing with disease related malnutrition and access to nutrition care with The Troubling Trichotomy as a foundation. *Clin Nutr Open Sci*. 2023;49:1-16.
- Del Olmo-García MD, Moreno-Villares JM, Álvarez-Hernández J, Ferrero-López I, Bretón-Lesmes I, Virgili-Casas N, et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutr Hosp*. 2022;39:936-44.
- Muscogiuri G, Barrera L, Carignano MA, Ceriani F. Recomendaciones nutricionales en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas y al final de la vida. *Rev Nutr Clin Metab*. 2021;4:59-70.

Ética ambiental en nuevos fármacos

Environmental ethics in new drugs

Andrea F. Terán-Ayala^{1*} y Yolanda Pica-Granados²

¹Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Epidemiología, Centro de Investigación de Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública; ²Investigador Independiente en Toxicología y Química Ambiental. Cuernavaca, Mor., México

Resumen

En la historia del desarrollo de fármacos se han documentado experimentos no éticos realizados en seres humanos y especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, lo que impulsó la creación de marcos regulatorios internacionales y principios éticos que se han fortalecido a lo largo de los últimos 70 años y hoy rigen su investigación y el uso en humanos. En México, la regulación es concordante con los lineamientos y corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), robustecer criterios operativos, jurídicos, normativos y éticos, garantizando calidad, seguridad y eficacia antes de autorizar su uso. Aunque los avances éticos y los controles en la investigación farmacéutica han sido sustantivos, persiste un reto emergente: ampliar el enfoque de la investigación, tradicionalmente centrado en enfermedades humanas, hacia la prevención de impactos ambientales derivados del vertido directo o por excreción de fármacos y metabolitos, fenómeno asociado a la contaminación por medicamentos a escala mundial. En este contexto, la ecofarmacovigilancia debe articularse con la farmacovigilancia para incorporar, desde el desarrollo de fármacos, consideraciones éticas orientadas al bienestar animal, protección ambiental y la sustentabilidad de los ecosistemas.

Palabras clave: Principios éticos. Desarrollo de fármacos. Ecofarmacovigilancia. Contaminación ambiental.

Abstract

Throughout the history of drug development, multiple unethical experiments involving human victims, particularly during World War II, have been documented. These events prompted the creation of international regulatory frameworks and ethical principles that have been strengthened over the past 70 years and now govern biomedical research and the use of medicines in humans. In Mexico, regulation is aligned with international standards, and the Federal Commission for Protection against Sanitary Risks (COFEPRIS) is responsible for strengthening operational, legal, regulatory, and ethical criteria, ensuring that medicines meet quality, safety, and efficacy requirements before authorization. Although progress in ethical principles and controls over pharmaceutical research has been substantial, an emerging challenge remains: expanding the traditionally human disease, focused approach to include prevention of environmental impacts caused by the direct release or human excretion of drugs and their metabolites. This process has contributed to worldwide pharmaceutical pollution and calls for immediate control strategies. In this context, ecopharmacovigilance, an emerging field should be integrated with pharmacovigilance to promote the incorporation of ethical considerations during drug development, including animal welfare, environmental protection, and the ecosystem sustainability.

Keywords: Ethical principles. Drug development. Ecopharmacovigilance. Environmental pollution.

*Correspondencia:

Andrea F. Terán-Ayala
E-mail: andreateranay@gmail.com

Fecha de recepción: 20-09-2025
Fecha de aceptación: 10-03-2026
DOI: 10.24875/GCB.25000029

Disponible en línea: 14-05-2026
Gac Conbioet. 2026;15(54):9-13
www.gacetaconbioetica.com

Antecedentes históricos

Durante el régimen nazi en Alemania (1939-1945) se realizaron múltiples experimentos médicos en prisioneros de los campos de concentración sin consentimiento informado y en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Un caso emblemático fue el ocurrido en el campo de concentración de Ravensbrück en el año 1942, donde se infectaron intencionalmente heridas abiertas con bacterias como *Streptococcus*, *Clostridium perfringens* y *Clostridium tetani*. El objetivo era evaluar la eficacia de las sulfonamidas, sin embargo el diseño experimental carecía de completo rigor científico, lo que llevó a los prisioneros a secuelas permanentes, mutaciones y la muerte¹.

Estos hechos, junto con una lista amplia de acciones realizadas en los campos de concentración, fueron documentados en los juicios de Núremberg (1945-1946), donde evidenciaron la urgencia de establecer principios universales que protegieran la dignidad humana en la investigación de nuevos fármacos. De estos juicios surgió el Código de Nuremberg (1947), que marcó un parteaguas al establecer principios éticos como el consentimiento informado, evaluación de la relación entre riesgo y beneficio, y la protección de los participantes².

A partir de esto y en las décadas subsiguientes, se abrieron paso iniciativas globales dirigidas principalmente al fortalecimiento del marco ético de la investigación en seres humanos mediante la elaboración de acuerdos y regulaciones internacionales aún vigentes: la Declaración de Ginebra (1948)³, el Código Internacional de Ética Médica (1949)⁴, la Declaración de Helsinki (1964)⁵, el Informe Belmont (1978)⁶, y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica (2005)⁷ y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2006)⁸, todos ellos encausados a proteger los principios éticos de la práctica médica centrada en respeto, dignidad, equidad, protección de la vida y de los derechos humanos, así como en el avance de la investigación científica sin riesgos para la salud humana y basada en el compromiso de respetar los principios fundamentales de bioética.

Desarrollo de un fármaco

Bajo este contexto, el desarrollo actual de un nuevo fármaco resulta en un proceso largo, complejo y altamente regulado, ya que se debe garantizar su seguridad y eficacia para el tratamiento de un padecimiento

antes de su uso en humanos, y por lo regular su investigación contempla las siguientes cuatro etapas^{9,10}:

- **Etapa de investigación o descubrimiento de entidad molecular.** Suele iniciarse con el aislamiento químico de moléculas diana, que surgen de una selección de entre 10,000 a 25,000 moléculas y posteriormente son sometidas a estudio para determinar su potencial farmacológico para la atención de un padecimiento específico, proceso que se efectúa generalmente a lo largo de un periodo de tres a cinco años.
- **Etapa preclínica.** Se centra en la investigación de las moléculas previamente seleccionadas para aplicarlas en modelos celulares y animales, definir el perfil toxicológico y evaluar la consistencia biológica del compuesto. En esta etapa, que transcurre en un periodo de uno a dos años, el número de moléculas se reduce a 10 o 20 moléculas.
- **Etapa clínica.** Por lo regular en esta etapa se seleccionan solo dos de las moléculas para evaluar su eficacia y seguridad. Estas pruebas se efectúan a lo largo de un periodo promedio de hasta siete años (Tabla 1).
- **Etapa regulatoria.** En este punto y derivado del largo proceso de investigación, se elige únicamente una molécula y los resultados de las pruebas efectuadas se presentan a las agencias gubernamentales correspondientes, para su análisis y eventual aprobación para uso en el sector salud.

Aprobación, farmacovigilancia y regulación en México

En México la aprobación, regulación y supervisión de fármacos está a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), cuya misión es garantizar que se cumplan los estándares de calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos, para proteger la salud de la población¹¹ con base en las disposiciones contenidas en las siguientes normas oficiales: la NOM-220-SSA1-2016 para la instalación y operación de la farmacovigilancia¹²; la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos¹³, y la NOM-062-ZOO-1999, que define las especificaciones técnicas para el cuidado y uso de animales de laboratorio garantizando condiciones éticas¹⁴.

El marco regulatorio contempla además el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud que proporciona las bases jurídicas¹⁵,

Tabla 1. Fases de la etapa clínica

Fase	Objetivo	Participantes	Diseño del estudio
I	Seguridad, toxicidad y dosis máxima	10-100 voluntarios sanos	Descriptivo (un grupo)
II	Eficacia y límite de dosis	50-500	Aleatorizado y controlado
III	Confirmación de eficacia y seguridad	Miles a centenas	Aleatorizado y controlado o no controlado
IV	Seguridad en la práctica clínica real post comercialización (efectos adversos, interacciones medicamentosas)	Miles de participantes reales	Descriptivo, comparativo

Adaptado de Goodman et al.¹⁴.

así como la Guía sobre estudios farmacológicos de seguridad en medicamentos¹⁶.

Así mismo, México atiende las buenas prácticas de fabricación (PAF) de fármacos y participa en el Programa Internacional de Monitoreo de Medicamentos establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la cual es miembro desde 1948^{17,18}.

Aprobación de fármacos en México

En México, el proceso de aprobación del uso de nuevos fármacos inicia con la presentación de las evidencias científicas derivadas de la etapa clínica, así como de información sobre la fabricación y certificados de buenas prácticas, documentos que son requeridos para solicitar del registro sanitario a COFEPRIS. Posteriormente, el Comité de Moléculas Nuevas (CMN), creado en el año 2025 como un órgano consultivo técnico-científico de COFEPRIS y conformado por expertos adscritos a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), realiza la evaluación técnica de los documentos y de la evidencia científica para asegurar que los productos que ingresan al mercado mexicano cumplan con los más altos estándares regulatorios¹⁹.

Implicaciones ambientales de los fármacos

A pesar de los significativos cambios éticos y evolución de los controles relacionados con la producción de medicamentos a nivel global, a la indudable

relevancia que tienen los medicamentos en el control de enfermedades y en la salud pública, y al crecimiento económico que esta industria tiene para los mercados mundiales, la investigación farmacéutica aún tiene como reto trascender su enfoque antropocéntrico, centrado en la atención de las enfermedades humanas, a una visión más amplia en la que se prevean las implicaciones ambientales generadas por el vertido directo o indirecto de fármacos, o sus metabolitos, al ambiente.

Los fármacos, tras su consumo y metabolismo, suelen liberarse al ambiente a través de la orina y excretas humanas o de animales, en concentraciones muy pequeñas, traza ($\mu\text{g/l}$ o $\mu\text{g/g}$) o subtraza (ng/l o ng/g), que suelen ser suficientes para afectar de formas diversas a procesos biológicos asociados con el metabolismo, desarrollo, crecimiento y reproducción de otras especies distintas del hombre, ya sean animales o vegetales, comprometiendo la salud de los ecosistemas y del entorno humano natural, ya que al ser activos diseñados para un efecto biológico se constituyen como contaminantes ambientales altamente peligrosos.

En investigaciones de ámbito mundial en materia ambiental se han detectado más de 900 principios activos de fármacos y sus metabolitos, prácticamente de todos los grupos terapéuticos, todos ellos detectados principalmente en aguas superficiales, costeras, acuíferos, suelos e incluso en efluentes de plantas de tratamiento municipal, donde dichas moléculas persisten a pesar de los tratamientos aplicados, y en agua potable²⁰.

Entre los más estudiados se observaron los antiinflamatorios, psicofármacos, fármacos cardiovasculares y antimicrobianos. La presencia de estos últimos en el ambiente también incrementa el riesgo de resistencia antimicrobiana que es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad²¹.

Ecofarmacovigilancia

La incidencia de fármacos en el ambiente es una problemática mundial que requiere de estrategias para su control adecuado por medio de conformar como línea de atención emergente la ecofarmacovigilancia²², para la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos a la flora y fauna, e incluso al ser humano, relacionados con la contaminación ambiental por fármacos. La ecofarmacovigilancia, a pesar de su importancia, aún no está formalmente desarrollada y se encuentra pobremente regulada en la mayor parte del mundo, sin embargo debe

constituirse como una rama de la farmacovigilancia que expande su alcance a la creación de estrategias para la prevención del daño ambiental asociado a fármacos y también al desarrollo de nuevas bases éticas, tanto para la industria farmacéutica como para los usuarios. Bases éticas que promuevan la selección de moléculas farmacéuticas que además de efectivas sean amigables con el ambiente, que incentiven el manejo estricto y moderado de la prescripción de fármacos, la reducción del consumo innecesario, la mejora de tratamiento de residuos, del saneamiento de efluentes y disposición de medicamentos.

Hacia una visión sustentable

Un contexto ambiental sano, donde los ecosistemas sean funcionales, está estrechamente relacionado con la preservación de la salud humana, de forma que el deterioro ambiental por contaminación química, ya sean fármacos u otra clase de sustancias químicas de origen industrial, son factores que aumentan el riesgo de que aparezcan o propaguen nuevas enfermedades humanas y animales. El procurar el balance integral y unificador de los componentes de la naturaleza, armonizados con el desarrollo psicosocial, cultural y económico de los grupos humanos, es el enfoque que desde la OMS se promueve mediante el programa «Una Sola Salud» (*One Health*)²³, por lo que en el desarrollo de fármacos también es importante contemplar aspectos éticos donde se prevea el bienestar animal, la protección ambiental y la sustentabilidad de los ecosistemas.

Conclusiones

Es indudable la evolución histórica de la investigación de nuevos fármacos, la cual actualmente opera con principios éticos robustos, pero también con cambios tecnológicos sorprendentes, que han promovido rápido el desarrollo de medicamentos para padecimientos asociados a la modernidad. En ese mismo contexto, algo similar ha ocurrido en la investigación ambiental, en especial en materia toxicológica, por medio de la cual se ha generado evidencia de la gran diversidad de contaminantes de todo tipo en el agua, aire, suelo e incluso alimentos. Desde el crecimiento de la industrialización, todos los avances que proveen al ser humano de bienestar con frecuencia conllevan implicaciones negativas al ambiente natural. La gravedad de la contaminación producida, incluida la asociada con los medicamentos, contribuye al deterioro de ecosistemas y en consecuencia promueve también riesgos a la salud

humana. Por lo anterior, en la producción de nuevos fármacos, y su industria, es importante transformar su enfoque y plantearse como reto producir sustancia adecuadas al uso terapéutico, pero también amigables con el ambiente o, estrategias de prevención o mitigación de las implicaciones ambientales que puedan ser generadas por el vertido directo o indirecto, a través de desechos humanos, de un fármaco y sus metabolitos.

Es este contexto, la ecofarmacovigilancia, como línea de atención emergente vinculada a la farmacovigilancia, requiere el fortalecimiento de sus capacidades para la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de la contaminación por fármacos, y en su caso para fomentar la visión del alcance ambiental en el desarrollo farmacéutico.

Los grandes riesgos de la problemática a escala mundial de la contaminación por fármacos incluyen daños biológicos en los organismos silvestres, pero también su efecto sobre el incremento de la resistencia antimicrobiana, y estos deben ser previstos por la industria farmacéutica, la cual debe tener presente que el deterioro de la calidad ambiental se asocia estrechamente al de la salud humana. Por ello en el desarrollo de fármacos es importante contemplar aspectos éticos enfocados también a la protección ambiental y la sustentabilidad de los ecosistemas.

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

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Las autoras declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Roelcke V. Experimentos con sulfonamidas en prisioneros de campos de concentración nazis: racionalidad científica coherente combinada con total desprecio por la humanidad. En: Rubinfeld S, Benedict S, editores. Investigación con sujetos humanos después del Holocausto. Cham: Springer; 2014. pp. 51-66. doi:10.1007/978-3-319-05702-6_5.
2. Sodi Cuéllar RA, coordinador. Los juicios de Núremberg [Internet]. Ciudad de México, México: Tirant lo Blanc; 2023 [consultado 24 jun 2025]. Disponible en: <https://www.pjedomex.gob.mx/archivos/archivo238.pdf>.
3. World Medical Association. Declaración de Ginebra [Internet]. World Medical Association [consultado 24 jun 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-ginebra/>.
4. World Medical Association. Código Internacional de Ética Médica [Internet]. World Medical Association [consultado 24 jun 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>.
5. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. World Medical Association [consultado 28 jun 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
6. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. 1979 [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services [consultado 28 jun 2025]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report>.
7. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4ª ed. Ginebra: CIOMS; 2016.
8. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2006 [Internet]. UNESCO [consultado 30 jun 2025]. Disponible en: <http://www.unesco.org/shs/ethics>.
9. Zurita-Cruz JN, Barbosa-Cortés L, Villasís-Keever MA. De la investigación a la práctica: fases clínicas para el desarrollo de fármacos. Revista Alergia México. 2019;66(2):246-53. doi:10.29262/ram.v66i2.625.
10. Dandan Randa BL, editor. Goodman y Gilman: manual de farmacología y terapéutica. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2015.
11. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) [sede web]. México: COFEPRIS [consultado 1 jul 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris>.
12. Secretaría de Salud. NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 19 jul 2017. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5461082&fecha=19/07/2017. Consultado 10 ago 2025.
13. Secretaría de Salud. NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 4 ene 2013 [consultado 10 ago 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=04/01/2013.
14. Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. NOM-062-ZOO-1999, especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio. México: Diario Oficial de la Federación; 22 ago 2001.
15. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2014 [consultado 10 ago 2025]. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compil/rlgsmis.html>.
16. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), CEMAR. Guía sobre estudios farmacológicos de seguridad en medicamentos [Internet]. México: COFEPRIS; 2024 [consultado 1 sep 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/950110/S7_Guia_estudios_farmacologicos_VF1.pdf.
17. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre los requisitos de las prácticas adecuadas de fabricación (PAF) (WHO/VSQ/97.01). 1998 [Internet]. Organización Mundial de la Salud [consultado 1 sep 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64975/WHO_VSQ_97.01_spa.pdf.
18. Uppsala Monitoring Centre. About the WHO Programme for International Drug Monitoring [Internet]. Uppsala Monitoring Centre [consultado 1 sep 2025]. Disponible en: <https://who-umc.org/about-the-who-programme-for-international-drug-monitoring/>.
19. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Comité de moléculas nuevas (CMN) [Internet]. México: COFEPRIS [consultado 1 feb 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/comite-de-moleculas-nuevas-cmn-406668>.
20. UmweltBundesamt. German Environment Agency. Database "Pharmaceuticals in the environment" [Internet]. UmweltBundesamt [consultado 1 feb 2026]. Disponible en <https://www.umweltbundesamt.de/dokument/database-pharmaceuticals-in-the-environment-excel>.
21. Organización Mundial de la Salud. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado 1 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
22. Castro-Pastrana LI, Baños-Medina MI, López-Luna MA, Torres-García BL. Ecofarmacovigilancia en México: perspectivas para su implementación. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas [Internet]. 2015;46(3):16-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57945705003>.
23. Organización Mundial de la Salud. Una sola salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 23 oct 2023 [consultado 1 jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>.

La ciencia de la felicidad y su imperativo tecnológico: una revisión crítica desde la bioética

The science of happiness and its technological imperative: a critical review from the perspective of bioethics

José E. Lazo-Vela 

División de Bioética, Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Santiago de Querétaro, Querétaro, México

Resumen

La denominada «ciencia de la felicidad» ha emergido en las últimas décadas como un campo interdisciplinario que combina psicología, economía y neurociencias, orientado a medir, promover y estandarizar el bienestar humano. Sin embargo, su expansión global responde a un marco científico y utilitarista que plantea dilemas éticos en relación con la autonomía, la dignidad y la medicalización de la vida. Este artículo tiene como objetivo analizar críticamente los discursos de la ciencia de la felicidad desde la perspectiva bioética, identificando sus fundamentos ideológicos, su articulación con el imperativo tecnológico y sus implicaciones éticas y sociales. Al hacerlo, se busca no solo evidenciar los riesgos y las limitaciones de este campo emergente, sino también proponer lineamientos para su implementación responsable en políticas públicas, prácticas clínicas y entornos de investigación.

Palabras clave: Bioética. Felicidad. Medicalización. Imperativo tecnológico. Autonomía. Dignidad. Salud mental.

Abstract

The so-called “science of happiness” has emerged in recent decades as an interdisciplinary field combining psychology, economics, and neuroscience, aimed at measuring, promoting, and standardizing human well-being. However, its global expansion responds to a techno-scientific and utilitarian framework that raises ethical dilemmas in relation to autonomy, dignity, and the medicalization of life. This article aims to critically analyze discourses on the science of happiness from a bioethical perspective, identifying their ideological foundations, their articulation with the technological imperative, and their ethical and social implications. In doing so, it seeks not only to highlight the risks and limitations of this emerging field, but also to propose guidelines for its responsible implementation in public policy, clinical practice, and research environments.

Keywords: Bioethics. Happiness. Medicalization. Technological imperative. Autonomy. Dignity. Mental health.

Correspondencia:

José E. Lazo-Vela
E-mail: lazovelajoseeduardo@gmail.com

Fecha de recepción: 16-08-2025
Fecha de aceptación: 31-03-2026
DOI: 10.24875/GCB.25000022

Disponible en línea: 19-05-2026
Gac Conbioet. 2026;15(54):14-26
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2026 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La felicidad ha sido un concepto central en la filosofía moral y política desde la Antigüedad, vinculado tanto a la ética individual como al orden social. En la tradición occidental, su significado ha transitado desde nociones trágicas y teológicas hacia una concepción secular y racionalista consolidada en la Ilustración, cuando se incorporó como derecho fundamental en documentos fundacionales como la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América (1776) y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789)¹⁻⁴.

Desde la introducción del utilitarismo⁵ y la rudimentaria investigación científica del placer y el dolor, hasta el siglo xx, particularmente desde la segunda mitad, la felicidad pasó de ser un ideal ético a convertirse en un objeto explícito de investigación científica^{6,7}. Este giro se consolidó con el desarrollo de la «psicología positiva», impulsada por Martin E. P. Seligman^{8,9} a finales de la década de 1990, y con la «economía de la felicidad», encabezada por Richard Layard, que promueve políticas públicas orientadas a maximizar el bienestar medible.

Paralelamente, algunos organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han institucionalizado la medición de la felicidad a través de informes anuales y la inclusión de este concepto en la agenda política global.

Estos procesos, sustentados en indicadores, métricas y escalas, han favorecido la expansión de un paradigma tecnocientífico que tiende a universalizar un ideal normativo de la felicidad y el bienestar^{10,11}.

Sin embargo, este fenómeno plantea serios interrogantes desde la bioética. La estandarización de la felicidad¹², su cuantificación¹³ y su promoción como objetivo universal¹⁴ pueden derivar en prácticas paternalistas^{15,16}, en la medicalización de estados de ánimo y en la reducción de la autonomía¹⁷⁻¹⁹. Además, el imperativo tecnológico que subyace a la «ciencia de la felicidad» puede convertirla en una herramienta de control social, alineada con intereses neoliberales y comerciales. Y no con una genuina búsqueda ética²⁰ de la felicidad y del bienestar humano²¹⁻²⁵. En este contexto, se vuelve necesario examinar críticamente la práctica científica de la felicidad como imperativo tecnológico²⁶ y cómo las políticas y las prácticas derivadas de la ciencia de la felicidad afectan la dignidad, la autonomía y la salud mental de las personas, y si estas intervenciones se alinean con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Demostrando que se

expresa como imperativo tecnológico, daña la dignidad y el respeto por la diversidad de concepciones de felicidad de las personas, pues la cosifica. Incentiva un modelo donde la vida humana se gobierna y transforma en dato, predicción y optimización conductual^{27,28}, donde la felicidad se estandariza, medicaliza^{29,30}, medida y vende por medio de un discurso científico que la hace y diseña a la vez que gestiona la subjetividad incentivando la mejora continua³¹⁻³⁴. Armada con herramientas tecnológicas bajo un sistema que no busca solo lucro económico, sino también el control conductual y la colonización de la experiencia humana como fuente de valor, donde la autovigilancia se interioriza como parte del proyecto neoliberal del sujeto responsable, eficiente y optimizado. La cultura del bienestar neoliberal³⁵, desplaza la beneficencia médica tradicional³⁶, sustituyendo el cuidado moral del otro por la autoexigencia permanente de optimización individual.

Método

El propósito es analizar críticamente, desde una perspectiva bioética, la ciencia de la felicidad como imperativo tecnológico, identificando sus fundamentos históricos, sus aplicaciones contemporáneas y sus implicaciones éticas, con especial atención al impacto sobre la autonomía, la dignidad humana y la salud mental.

El enfoque metodológico se justificó por la naturaleza teórica del objeto de estudio –la ciencia de la felicidad– y por la necesidad de integrar un análisis histórico, conceptual y bioético a partir de fuentes académicas consolidadas.

Se empleó un diseño cualitativo de revisión documental y análisis crítico-discursivo, con una estrategia hermenéutica que permitió identificar y articular los principales debates en torno a la felicidad como constructo tecno-científico. Este enfoque fue adecuado para examinar la evolución histórica del concepto, sus aplicaciones contemporáneas y sus implicaciones éticas, considerando que el fenómeno trasciende una sola disciplina y exige un abordaje interdisciplinario.

Se llevó a cabo una investigación de carácter teórico-documental, basada en el análisis crítico del discurso y sustentada en fuentes académicas de alto impacto, documentos oficiales de organismos internacionales (como la Organización Mundial de la Salud [OMS], la ONU y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]) y literatura especializada en bioética, filosofía, política y salud mental.

El proceso metodológico se desarrolló en tres fases:

- Revisión bibliográfica: se identificaron y seleccionaron textos clave sobre ciencia de la felicidad, imperativo tecnológico y bioética. La búsqueda incluyó bases de datos indexadas, como Scopus, PubMed y SciELO, utilizando descriptores MeSH y DeCS relacionados con los conceptos centrales del estudio.
- Análisis crítico del discurso: se examinaron los textos seleccionados para identificar supuestos ideológicos, patrones narrativos y estrategias retóricas empleadas en la construcción del concepto de felicidad y bienestar. Los hallazgos del análisis se integraron en un marco interpretativo que considera tanto la evidencia empírica como la reflexión ética, buscando establecer conexiones entre los discursos de la ciencia de la felicidad, el imperativo tecnológico y las implicaciones para la salud mental y los derechos humanos. Así mismo, se revisaron lineamientos éticos y normativos internacionales para contrastar la adecuación de las prácticas derivadas de la ciencia de la felicidad con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, porque así se puede mostrar un panorama general de sus causas y motivaciones, sus efectos y repercusiones sobre la dignidad humana. Se emplea una estrategia de análisis por medio de la identificación de fundamentos históricos: revisión de fuentes primarias y secundarias que documentan el tránsito del concepto de felicidad desde su origen filosófico hasta su actual institucionalización en políticas y métricas internacionales.
- Caracterización del imperativo tecnológico: análisis de textos que conceptualizan la ciencia de la felicidad como proyecto científico, con énfasis en sus vínculos con el utilitarismo, la economía conductual y la psicología positiva. Se hace una evaluación bioética poniendo al centro la dignidad humana para deliberar en qué medida los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son afectados por la práctica científica de la felicidad. Se valora el impacto sobre la vida humana, la salud mental de las personas, las políticas públicas y el propósito de sus orientaciones, así como a quién beneficia o daña. Para ello, se empleó un análisis crítico-discursivo llevando a cabo la revisión del lenguaje, los estándares y las prácticas que configuran la felicidad como un signo social y un objeto de medicalización.

Resultados

Orígenes y evolución del concepto de felicidad

El estudio de la felicidad como fenómeno social y político tiene raíces profundas en la historia intelectual de Occidente. Durante la Ilustración, la felicidad se configuró como un derecho humano inalienable, plasmado en documentos fundacionales como la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América (1776) y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789)^{1,2}. Esta formalización jurídica respondió a un ideal racionalista que vinculaba el bienestar de los individuos con el progreso de la sociedad.

A finales del siglo XIX y principios del XX, el interés científico por la felicidad se trasladó a dos áreas principales: la psicología y la economía. El utilitarismo, formulado por Jeremy Bentham, sentó las bases para la medición y la maximización del bienestar, introduciendo la idea de que el placer y el dolor podían ser cuantificados para orientar las políticas públicas⁵.

En el ámbito económico, la investigación de Richard Easterlin en la década de 1970 formuló la llamada «paradoja de la felicidad», mostrando que el crecimiento económico no siempre se traduce en mayor bienestar subjetivo una vez satisfechas las necesidades básicas⁶. Este hallazgo motivó el desarrollo de la economía de la felicidad, cuyo objetivo declarado es reorientar la evaluación de políticas económicas hacia la optimización del bienestar humano medible⁷.

En psicología, la propuesta de Martin Seligman a finales de los años 1990 marcó la consolidación de la psicología positiva como un programa de investigación sistemático, orientado a identificar y promover factores que contribuyen a una vida plena⁸. Seligman orienta sus esfuerzos en consolidar la ciencia que tenga el propósito de entender la emoción positiva, para aumentar las fortalezas y la virtud del ser humano, crear normas para hallar algo similar a lo que Aristóteles concebía como «buena vida». Sin embargo, como indica Davies¹⁴, para la ciencia de la felicidad y su fundador es algo diferente:

«Aquí no se está hablando de “felicidad” en un sentido etéreo o metafísico, y desde luego que tampoco en un sentido ético, tal como Aristóteles lo contemplaba. De lo que se habla es de la felicidad como fenómeno físico que tiene lugar en el seno del cuerpo humano. La neurociencia contemporánea, acentuadora de esta reducción de la psicología a procesos biológicos, hubiera parecido a Bentham la respuesta a todas nuestras preguntas políticas

y morales. A la inversa, gran parte del actual interés científico en el cerebro y la conducta exhibe fuertes raíces benthamianas.» (p. 29)

La ética aristotélica es la más importante en la tradición occidental y surge de la convicción de que la *eudaimonía* –traducida erróneamente como «felicidad»– no es un estado emocional ni un fin cuantificable, sino una forma de vida orientada al bien que no se mide en momentos ni es resultado de una suma de placeres artificiales y efímeros; es una ruta sin atajos considerada difícil porque el ser humano realiza su *telos* conforme a la virtud (*areté*). Aristóteles advertía que la felicidad no podía reducirse a placer, riqueza o éxito, pues estos bienes externos no garantizan la plenitud del alma racional. La felicidad auténtica para la filosofía aristotélica implica deliberación prudente (*phronesis*) y armonía entre razón y deseo; es una práctica ética, no una técnica o una imposición paternalista. La ética de las virtudes se orienta hacia el crecimiento personal del carácter moral, preocupándose por formar hábitos y actitudes virtuosas en vez de limitarse a obedecer normas externas.

En este enfoque se considera que actuar correctamente es resultado de poseer un carácter virtuoso, que parte de la responsabilidad en el uso de la libertad poniendo especial atención en desarrollar cualidades como la honestidad, la bondad, la justicia o la valentía. Su objetivo principal es alcanzar la excelencia moral, alentando a cada persona a superarse constantemente en virtud y ética²⁰⁻²⁵.

En contraste, la ciencia de la felicidad, fundada oficialmente por Martin Seligman en 1998, representa una reinterpretación tecnocientífica de la *eudaimonía*. Al convertir la virtud en variable medible y la plenitud en resultado empírico, Seligman somete la antigua aspiración ética al método experimental y a la lógica del rendimiento.

Siguiendo a Cabanas e Illouz¹², alcanzó su solidez como movimiento científico durante la 107 conferencia de la American Psychological Association en Boston en 1999 financiado generosamente por fondos estadounidenses. Su enfoque científico fue pensado primeramente en México donde inicialmente se discutió como alternativa crítica a la visión tradicional de la psicología que se centraba en la patología. Durante gran parte del siglo xx, la psicología se centró casi exclusivamente en el estudio y el tratamiento de la enfermedad mental (depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.). Los avances fueron importantes, pero la disciplina dejó de lado el estudio científico de lo que hace que la vida valga la pena: el bienestar, la felicidad y las fortalezas humanas. Propuso un cambio radical: estudiar científicamente la

felicidad, el optimismo y las fortalezas humanas. Este giro se consolidó con la fundación de la psicología positiva, que busca entender y promover el bienestar, y no solo tratar la patología.

Seligman utiliza el término «Proyecto Manhattan» para referirse a la necesidad de un esfuerzo científico masivo, interdisciplinario y bien financiado, similar al que permitió desarrollar la bomba atómica en la Segunda Guerra Mundial. Así como el Proyecto Manhattan original reunió a los mejores científicos y recursos para resolver un problema urgente (la guerra), Seligman propone que la ciencia de la felicidad requiere un esfuerzo igual de ambicioso para entender y promover el bienestar humano a gran escala. Seligman argumenta que los problemas de bienestar y salud mental son tan urgentes y complejos como los desafíos tecnológicos o militares, y que solo un proyecto coordinado y multidisciplinario puede generar avances significativos y duraderos. El objetivo es pasar de pequeños estudios aislados sobre felicidad a una *Big Science* de la felicidad, capaz de transformar la vida de millones de personas mediante intervenciones basadas en evidencia, políticas públicas y tecnologías innovadoras.

El Proyecto Manhattan de la felicidad implica desarrollar nuevos instrumentos de medición, intervenciones psicológicas, aplicaciones tecnológicas y políticas públicas que permitan mejorar la felicidad y el bienestar de manera sistemática y global. Integra estudios de la psicología humanista y conceptos como emociones positivas, fortalezas de carácter y sentido vital, proponiendo que la felicidad no solo puede medirse, sino que también puede diseñarse, estandarizarse, enseñarse, aprenderse, comprarse y venderse⁹.

La ciencia de la felicidad surge impulsada por la necesidad de responder a una crisis global de salud mental, en especial en los países desarrollados. Su importancia actual radica en que gobiernos, empresas y organismos internacionales han adoptado la felicidad como indicador de progreso y bienestar, desplazando al producto interior bruto y otros indicadores tradicionales. El auge de la neurociencia, la biotecnología y el *big data* ha permitido medir y cuantificar la felicidad, legitimando intervenciones tecnológicas, médicas y políticas para «optimizar» la felicidad, la salud y el bienestar. La ciencia de la felicidad ha generado avances (aciertos) en la comprensión de los factores que contribuyen al bienestar, principalmente cuatro:

- Medición y visibilización: ha permitido que el bienestar y la salud mental sean temas centrales en la agenda pública y política, visibilizando problemas antes ignorados.

- Intervenciones basadas en la evidencia: ha desarrollado programas y terapias (*mindfulness*, psicología positiva, gratitud, ejercicio físico) que han demostrado mejorar la calidad de vida de muchas personas.
- Innovación tecnológica: el uso de *wearables*, Apps y *big data* ha facilitado el monitoreo y la intervención temprana en salud mental, lo que permite pensar e identificar con precaución y prevención factores que repercuten en la salud, la felicidad y el bienestar.
- Desestigmatización parcial: ha contribuido a reducir el estigma de buscar ayuda psicológica y a normalizar el cuidado del bienestar emocional y la búsqueda de la felicidad.

Sin embargo, surge una pregunta: ¿qué deja fuera la ciencia de la felicidad de manera sistemática? Esta ciencia tiene limitaciones y comete ciertas omisiones. Tiende a ignorar factores sociales, económicos y políticos (desigualdad, pobreza, precariedad laboral, discriminación) que influyen decisivamente en el bienestar, porque ejerce un positivismo exacerbado en el control emocional. Presenta la felicidad como un logro personal, desplazando la responsabilidad de las causas estructurales al individuo. Aunque promueve la «autonomía», en la práctica esta se reduce a la capacidad de adaptarse a unos estándares sociales de felicidad, muchas veces impuestos por el mercado, la tecnología o la cultura dominante. Finalmente, transforma el bienestar en un producto de consumo y la infelicidad en una patología que debe ser tratada, promoviendo la dependencia de intervenciones externas (fármacos, Apps, terapias etc.).

La ONU ha institucionalizado esta visión mediante la creación del Día Internacional de la Felicidad (2013) y la publicación anual del World Happiness Report, que clasifica a más de 150 países según indicadores de bienestar subjetivo, salud, ingreso y cohesión social^{10,11}. Sin embargo, esta institucionalización ha generado críticas por su tendencia a imponer estándares universales de felicidad que no siempre respetan la diversidad cultural ni las concepciones individuales de salud y bienestar¹²⁻¹⁶.

En este marco histórico, la ciencia de la felicidad emerge como un proyecto científico que combina la cuantificación de estados subjetivos con la formulación de políticas y prácticas destinadas a maximizar un ideal normativo de felicidad atada al progreso económico y político de las naciones. Tal orientación plantea interrogantes sobre su legitimidad ética y su impacto real en

la autonomía y la dignidad de las personas, así como la toma de decisiones éticas sobre el futuro de la humanidad y su salud mental integral.

La ciencia de la felicidad como proyecto científico

La ciencia de la felicidad, tal como se ha configurado en las últimas tres décadas, es el resultado de la convergencia entre un ideal histórico –la maximización del bienestar humano– y un contexto contemporáneo marcado por el neoliberalismo, la globalización y la ciencia^{1,5,10,12}. Este fenómeno responde a lo que se ha denominado «imperativo tecnológico», entendido como la tendencia a aceptar de manera incuestionada que todo avance científico y técnico debe ser aplicado si es posible, independientemente de sus implicaciones éticas²⁶.

En este marco, la felicidad se presenta como un objetivo universal y cuantificable. La psicología positiva y la economía de la felicidad desarrollan métricas estandarizadas –cuestionarios, escalas, evaluaciones biométricas– que buscan traducir el bienestar subjetivo en datos objetivos⁶⁻⁹. Tales mediciones, como el World Happiness Report, se han incorporado a políticas públicas y estrategias corporativas, orientando decisiones que afectan a millones de personas^{10,11}.

El carácter científico de este proyecto se manifiesta en varios aspectos:

- Cosificación del bienestar: la felicidad deja de ser una experiencia subjetiva y plural para convertirse en un objeto medible, susceptible de gestión y control.
- Normalización de estándares: se establecen modelos de «vida buena» basados en patrones culturales dominantes, que se promueven como universales¹²⁻¹⁴.
- Instrumentalización política y económica: gobiernos y corporaciones utilizan indicadores de felicidad como herramientas de legitimación, reforzando narrativas de progreso asociadas al consumo, la productividad y la estabilidad social^{15,6,11}.
- Integración tecnológica: el uso de inteligencia artificial, *big data* y dispositivos biométricos permite un seguimiento continuo del bienestar individual, abriendo la puerta a nuevas formas de vigilancia psicológica^{27,28}.

Desde una perspectiva bioética, este modelo plantea riesgos significativos. La implementación de intervenciones basadas en métricas de la felicidad puede derivar en un paternalismo tecnocrático, en el que

autoridades y expertos deciden lo que es «bueno» para las personas sin procesos deliberativos ni reconocimiento de la diversidad de valores. Además, la reducción de la felicidad a un conjunto de parámetros cuantitativos¹²⁻¹⁴ puede invisibilizar dimensiones esenciales de la experiencia humana^{15,16}, como el sufrimiento, la injusticia, la desigualdad, la resiliencia o la búsqueda de sentido¹⁷⁻¹⁹.

Tal orientación, lejos de ser neutral, se alinea con las lógicas del mercado y la gestión empresarial, en las que el bienestar se convierte en un recurso para optimizar el rendimiento y reducir los costos asociados a la enfermedad o la improductividad^{27,28}. En consecuencia, la ciencia de la felicidad corre el riesgo de transformarse en un instrumento de control social más que en una vía para la emancipación y la salud integral humana.

Medicalización de la vida y patologización de la infelicidad

La expansión de la ciencia de la felicidad ha coincidido con un fenómeno ampliamente documentado en bioética y sociología de la salud: la medicalización de la vida. Este proceso implica redefinir aspectos de la experiencia humana –como el malestar, el sufrimiento o la tristeza– como problemas médicos que requieren diagnóstico, tratamiento y, en muchos casos, intervención farmacológica²⁸⁻³⁰.

Esta ciencia es una práctica de medicalización avanzada que se retroalimenta de informes técnicos, reportes biomédicos, informes internacionales y diversas métricas que miden el bienestar y cosifican la felicidad. En el contexto de las llamadas «sociedades paliativas»¹⁷, caracterizadas por la búsqueda constante de la eliminación del dolor y la maximización del confort, la infelicidad se convierte en una condición patológica susceptible de ser tratada.

La infelicidad no es un trastorno, sino una experiencia constitutiva de la condición humana. Implica el reconocimiento de los límites, el dolor y la pérdida como partes esenciales del vivir. Por el contrario, por ejemplo, la depresión es un trastorno mental clínico, con bases neurobiológicas, psicológicas y sociales que puede requerir tratamiento especializado o farmacológico. La felicidad describe un equilibrio positivo entre la percepción y la experiencia vital; la segunda, una ruptura prolongada de ese equilibrio. La diferencia esencial radica en la capacidad de agencia y significado: mientras la felicidad se asocia con la posibilidad de construir

sentido y vínculos sociales, la depresión implica un bloqueo de esa capacidad.

El problema surge cuando se diluyen estas diferencias y se asume que toda forma de tristeza debe eliminarse. Tal confusión promueve la patologización de la vida emocional y legitima una intervención médica innecesaria. La bioética, al defender la dignidad, el principio de no maleficencia y la autonomía, advierte que no todo sufrimiento debe medicalizarse, pues ello implica negar la capacidad humana de afrontar y resignificar su experiencia. La psicología positiva y la economía de la felicidad, al establecer unos estándares de bienestar, contribuyen indirectamente a que estados emocionales diversos sean evaluados como desviaciones que deben corregirse⁷⁻⁹. Este fenómeno se observa en tres dimensiones principales:

1. Diagnóstico ampliado: el uso de instrumentos de medición de la felicidad, como cuestionarios estandarizados o escalas de bienestar, no solo cuantifica el malestar, sino que lo traduce en categorías diagnósticas. Esto legitima intervenciones médicas y psicológicas, incluso en ausencia de patología clínica^{27-31,35}. Un ejemplo son los cuestionarios y escalas psicométricas, como la *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) y el *Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ), un test de 29 ítems. Estos miden el bienestar y la satisfacción subjetiva, clasificando niveles de felicidad en la población.
2. Farmacologización del bienestar: el desarrollo de fármacos destinados no únicamente al tratamiento de trastornos mentales, sino a la «optimización» de estados afectivos, refuerza la idea de que la felicidad puede alcanzarse mediante intervenciones químicas. Esto plantea serios dilemas bioéticos, pues puede conducir a un uso no terapéutico de medicamentos, orientado a cumplir unos estándares sociales de rendimiento¹³⁻¹⁵ y optimismo^{17-19,33}. Antidepresivos como la fluoxetina (Prozac®), la sertralina (Zoloft®), la venlafaxina (Effexor®) o el bupropión (Wellbutrin®) son algunos ejemplos de fármacos que son usados para funcionamiento y utilidad social, producidos por grandes farmacéuticas como Pfizer y Eli Lilly, que no solo se usan para tratar trastornos mentales, sino que también se recetan cada vez más para mejorar estados afectivos y optimizar el bienestar y el rendimiento emocional.
3. Terapias y tecnologías de mejora: la oferta de intervenciones terapéuticas y digitales –desde Apps de *mindfulness* hasta psicoterapia en línea– se ha convertido en un mercado global que, aunque

puede ofrecer beneficios, también fomenta la idea de que la felicidad es un deber personal y un objetivo permanente^{12-15,35}. Whoop Strap 4.0, Fitbit Sense y Spire Stone son ejemplos de dispositivos biotecnológicos que monitorizan biomarcadores como la variabilidad de la frecuencia cardíaca, los patrones del sueño, la actividad cerebral y la respiración, correlacionando los datos con estados de bienestar y felicidad. Estos instrumentos permiten que la felicidad y el malestar sean cuantificados y clasificados, legitimando intervenciones médicas y psicológicas incluso cuando no existe una patología clínica evidente.

Desde la bioética, la medicalización de la infelicidad plantea riesgos claros para la autonomía. Cuando se normaliza la idea de que toda tristeza debe ser tratada, se reduce el margen de autodeterminación para vivir experiencias negativas como parte de la condición humana^{32,33}. Además, el uso de intervenciones médicas o tecnológicas para modificar el estado emocional sin un consentimiento plenamente informado vulnera la dignidad, transformando a las personas en objetos de intervención más que en agentes de su propia felicidad^{15,32}.

Finalmente, este modelo puede derivar en un ciclo de dependencia terapéutica, en el que el individuo internaliza que su felicidad depende de recursos externos – médicos, farmacológicos o digitales–, debilitando la capacidad de afrontar el sufrimiento de manera autónoma y crítica^{18,19,29}. La dignidad humana es el elemento central, remite al valor intrínseco de cada persona, independientemente de su estado de salud, capacidades o conformidad con normas sociales³⁶⁻³⁹. La autonomía, entendida como la capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre la propia vida, constituye uno de los principios centrales de la bioética contemporánea^{38,39}. La ciencia de la felicidad, al estandarizar un ideal normativo de bienestar, puede amenazar ambos principios de manera directa e indirecta. Los dos ayudan a entender las repercusiones y sus consecuencias, las cuales se pueden resumir en cuatro puntos:

1. Paternalismo tecnocrático. Cuando gobiernos, instituciones o corporaciones diseñan políticas basadas en indicadores de felicidad sin procesos deliberativos amplios, se incurre en un paternalismo tecnocrático^{5,13,14,16}. Este tipo de paternalismo parte de la premisa de que expertos y gestores poseen un conocimiento objetivo sobre lo que es bueno para las personas, relegando la voz de los individuos y las comunidades. Tal enfoque puede vulnerar la autonomía al limitar la capacidad de definir el propio proyecto de vida.

2. Imposición de estándares culturales. El uso de métricas globales, como el World Happiness Report, puede invisibilizar concepciones de bienestar propias de contextos culturales específicos²⁷⁻²⁹. Esto supone un riesgo de colonialismo cultural en el que los modelos occidentales de felicidad –centrados en el individualismo³⁰⁻³², la autoeficacia y el consumo– se imponen sobre otras visiones comunitarias o espirituales. La dignidad se ve comprometida cuando las personas son evaluadas según unos parámetros que no reflejan sus valores ni formas de vida.
3. Reducción de la pluralidad experiencial. La estandarización de la felicidad favorece la idea de que ciertas emociones, como la tristeza, el enojo o la melancolía, son indeseables y deben ser eliminadas^{15,16}. Esto niega el valor existencial y formativo del sufrimiento, reduciendo la experiencia humana a un rango estrecho de afectos «positivos». Desde la bioética, esta reducción limita la autodeterminación y empobrece la vida emocional.
4. Instrumentalización del bienestar. En contextos corporativos y estatales, el bienestar se utiliza como medio para aumentar la productividad, reducir el ausentismo o legitimar políticas públicas⁵⁻¹¹. Este enfoque instrumental convierte la felicidad en una herramienta de gestión, subordinando su valor intrínseco a fines económicos o políticos¹²⁻¹⁶. Tal subordinación degrada la dignidad humana al tratar a las personas como recursos optimizables en lugar de agentes morales autónomos²⁷⁻³⁵.

En suma, la ciencia de la felicidad, cuando opera bajo el imperativo tecnológico y sin una perspectiva crítica^{27,28,35}, puede derivar en intervenciones que, bajo la apariencia de promover el bienestar¹²⁻¹⁴, erosionan las condiciones necesarias para que la autonomía y la dignidad se ejerzan plenamente¹⁷⁻¹⁹.

Discusión

El análisis realizado en los apartados anteriores permite identificar que la ciencia de la felicidad, en su configuración actual, no es un campo neutral de investigación ni una simple herramienta de promoción del bienestar, sino un entramado científico que opera dentro de marcos económicos, políticos y culturales específicos. Esta constatación exige una evaluación desde los principios fundamentales de la bioética: dignidad, no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Dignidad

Se parte del reconocimiento de que la vida de los seres humanos posee valor intrínseco. Esta apreciación de la vida humana implica la aceptación de que cada persona posee autonomía y libertad inseparables de la responsabilidad, independientemente de su adecuación a modelos normativos de felicidad y bienestar por su expresión distinta y compleja diversidad³⁶⁻⁴¹. La estandarización de la felicidad y la patologización de la infelicidad reducen la pluralidad de formas de vivir¹²⁻¹⁶. Y pueden generar estigmatización hacia quienes no alcanzan los niveles «óptimos» de bienestar definidos por las métricas globales de mejoramiento³⁰⁻³⁴. Esto no solo degrada la dignidad individual, sino que también promueve dinámicas de exclusión social basadas en un ideal emocional hegemónico³⁵.

El paternalismo tecnocrático, que justifica intervenir «por el bien» de la población sin su participación, erosiona la capacidad de las personas para definir su propio concepto de felicidad. Desde una perspectiva bioética, la autonomía requiere no solo el acceso a información, sino también la posibilidad real de cuestionar, negociar y redefinir los estándares impuesto³⁵.

Beneficencia

El principio de beneficencia exige que las intervenciones busquen el mayor beneficio posible para la persona, promoviendo su bienestar integral. La ciencia de la felicidad ha aportado avances importantes, como la visibilización de la salud mental y el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia para mejorar el bienestar. Sin embargo, cuando se medicaliza la infelicidad cotidiana y se promueve el uso de fármacos sin un diagnóstico clínico claro, se corre el riesgo de ofrecer soluciones que no necesariamente benefician al individuo, sino que pueden generar dependencia o desviar la atención de las verdaderas causas del malestar. La beneficencia requiere distinguir entre intervenciones necesarias para trastornos mentales diagnosticados (como la depresión mayor) y el acompañamiento no medicalizado para quienes atraviesan experiencias normales de sufrimiento.

No maleficencia

El principio de no maleficencia obliga a evitar daños previsibles en cualquier intervención. La medicalización de estados emocionales normales, la farmacologización del bienestar y la implementación de tecnologías

de vigilancia afectiva generan riesgos concretos para la salud mental y la integridad psicológica^{27,28}.

La patologización de la infelicidad y la medicalización²⁹⁻³¹ innecesaria pueden provocar daños, como la sobremedicalización, efectos secundarios de fármacos, estigmatización y pérdida de recursos para quienes realmente los necesitan. Además, al reducir la infelicidad a un problema individual y biológico, se invisibilizan los factores sociales, económicos y culturales que pueden estar en la raíz del sufrimiento, perpetuando situaciones de injusticia y desigualdad. Por tanto, la no maleficencia exige prudencia y un enfoque crítico antes de intervenir médicamente en experiencias humanas normales³²⁻³⁵. Además, la presión constante por alcanzar un ideal de felicidad puede producir efectos paradójicos, como ansiedad por rendimiento emocional o sentimientos de fracaso ante la imposibilidad de cumplir con las expectativas sociales^{12-14,35}.

Autonomía

El principio de autonomía exige que las personas puedan decidir sobre su vida de manera libre e informada. Sin embargo, cuando las políticas de bienestar se diseñan sobre métricas estandarizadas sin considerar la diversidad cultural y sin procesos de deliberación pública, se produce una restricción efectiva de la autodeterminación. En el contexto de la medicalización de la infelicidad, la autonomía se ve amenazada cuando las emociones normales, como la tristeza o el malestar ante circunstancias adversas, son patologizadas y tratadas como enfermedades que requieren intervención médica. Esto puede llevar a que los individuos sean tratados como pacientes pasivos, perdiendo la oportunidad de afrontar y resignificar su sufrimiento de manera personal y libre. La ciencia de la felicidad, al centrarse excesivamente en el individuo y en la gestión interna de las emociones, puede tergiversar la autonomía, presentando la felicidad como una responsabilidad exclusivamente personal, sin considerar que las condiciones sociales y estructurales también limitan o posibilitan las decisiones autónomas^{12-14,35}.

Justicia

El principio de justicia demanda una distribución equitativa de los recursos y el acceso a la atención, así como el reconocimiento de las condiciones estructurales que afectan el bienestar. La ciencia de la felicidad, al centrarse en el individuo y en la gestión emocional interna, puede dejar fuera de manera sistemática las

causas estructurales de la infelicidad, como la pobreza, la desigualdad o la falta de redes de apoyo. Esto puede llevar a que solo quienes tienen acceso a recursos puedan beneficiarse de intervenciones, mientras que otros quedan excluidos o culpabilizados por su malestar. La justicia exige políticas públicas y acciones que aborden tanto el bienestar individual como las condiciones sociales que lo posibilitan o limitan, promoviendo así una salud mental y emocional verdaderamente inclusiva y equitativa. La ciencia de la felicidad también plantea un reto desde la justicia distributiva. Las intervenciones y los recursos asociados a este campo no siempre están disponibles de manera equitativa, lo que puede acentuar desigualdades sociales y económicas^{10,11,40-42}. Asimismo, la adopción de unos estándares globales sin adaptación local prudente corre el riesgo de desplazar saberes y prácticas comunitarias que podrían ofrecer alternativas más respetuosas con la autonomía y la dignidad de las personas¹²⁻¹⁶.

En síntesis, la evaluación bioética sugiere que el desarrollo y la implementación de la ciencia de la felicidad deben ser objeto de regulación y control ético riguroso. Ello implica garantizar procesos participativos, reconocer la pluralidad de concepciones de bienestar, evitar la medicalización innecesaria y prevenir cualquier forma de instrumentalización del bienestar con fines ajenos a la salud integral humana y la justicia social.

Conclusiones

La presente revisión crítica demuestra que la ciencia de la felicidad, lejos de ser un campo neutral y exclusivamente orientado al bienestar humano, constituye un proyecto tecnocientífico profundamente imbricado en lógicas políticas, económicas y culturales propias del neoliberalismo y del imperativo tecnológico.

El examen crítico de la ciencia de la felicidad muestra que, aunque sus aportes en la comprensión del bienestar son relevantes, existe un riesgo real de que se convierta en una herramienta de control social y normalización emocional. Tal riesgo se acentúa cuando el discurso es absorbido por el aparato político-económico del neoliberalismo, que desplaza la responsabilidad del bienestar del ámbito colectivo al individual.

El análisis histórico muestra cómo la felicidad ha transitado de un ideal ético y filosófico a un objeto cuantificable, susceptible de estandarización y gestión. Este tránsito, reforzado por la psicología positiva, la economía de la felicidad y la institucionalización de métricas globales, ha derivado en la imposición de modelos

normativos de bienestar que no siempre respetan la diversidad cultural ni la autodeterminación individual.

La ciencia de la felicidad, al estar profundamente imbricada en narrativas neoliberales, presenta desafíos éticos y metodológicos que deben ser abordados para garantizar un enfoque más inclusivo y crítico. Algunas recomendaciones y áreas para futuras investigaciones son las siguientes:

- Incorporación de perspectivas críticas: es fundamental que las investigaciones futuras incluyan perspectivas críticas que cuestionen los supuestos ideológicos de la ciencia de la felicidad. Esto implica analizar cómo las narrativas neoliberales influyen en la conceptualización y la medición del bienestar, y cómo estas narrativas pueden ser desafiadas y reconfiguradas para promover una visión más holística y equitativa del bienestar humano.
- Evaluación de intervenciones tecnológicas y biomédicas: las intervenciones tecnológicas y biomédicas deben ser evaluadas no solo en términos de su eficacia, sino también en términos de sus implicaciones éticas y sociales. Es necesario investigar cómo estas intervenciones pueden contribuir a la medicalización de la vida y cómo pueden ser diseñadas para respetar la autonomía y la dignidad de las personas.
- Desarrollo de políticas públicas inclusivas: las políticas públicas deben ser formuladas de manera que incorporen perspectivas críticas y respeten los derechos humanos. Esto implica diseñar políticas que no solo se centren en la promoción de la felicidad individual, sino que también aborden las condiciones estructurales que afectan el bienestar, como la desigualdad social, la pobreza y la injusticia.
- Ética del cuidado: es esencial promover la apreciación de la vida por su valor intrínseco, la empatía, la escucha y la deliberación sobre los fines del vivir. Esto implica reconocer el derecho de las personas a experimentar una gama completa de emociones, incluyendo la tristeza y el sufrimiento, y a ser apoyadas en su búsqueda de bienestar de una manera que respete su autonomía y dignidad.

La ciencia de la felicidad, aunque ha logrado avances significativos en la medición del bienestar, está profundamente influenciada por narrativas neoliberales que priorizan la autorresponsabilización individual sobre las condiciones estructurales. Este sesgo puede llevar a la legitimación de intervenciones tecnológicas y biomédicas que contribuyen a la medicalización de la vida, la reducción de la autonomía y el aumento de la desigualdad social.

La bioética ofrece un marco crítico para evaluar estos discursos, permitiendo visibilizar sus supuestos ideológicos y sus impactos éticos. Es necesario incorporar perspectivas críticas e inclusivas en la formulación de políticas públicas y en la producción de conocimiento sobre bienestar, garantizando el respeto a los derechos humanos y evitando la instrumentalización política económica basada en una justificación redituable del beneficio y la progresión tecnológica del concepto de felicidad.

En resumen, la felicidad tiene una larga historia en el mundo occidental y está sumamente relacionada con la ética y la moral; a partir de la modernidad, con el progreso, la acumulación de riqueza y el poder político, y actualmente también con la salud de las personas y el rendimiento de las naciones¹²⁻¹⁵.

La ciencia de la felicidad debe ser reconfigurada para promover una visión más holística y equitativa del bienestar humano^{42,43}. Esto implica cuestionar las narrativas neoliberales, evaluar críticamente las intervenciones tecnológicas y biomédicas, desarrollar políticas públicas inclusivas, fomentar la investigación interdisciplinaria y promover una ética del cuidado. Cuidar, en este sentido, es un acto racional en contextos humanos⁴⁴⁻⁴⁸. El cuidado humano es una decisión voluntaria. Queremos cuidar porque reconocemos un valor en el otro. Esto implica incluso el cuidado en condiciones adversas, no por utilidad, sino por el valor intrínseco que atribuimos a cada persona: su dignidad. Esta dignidad nos lleva a desarrollar profesiones dedicadas al cuidado, como las del ámbito sanitario^{38,39,48}.

Esta ética se basa en entender el mundo como una red de relaciones sociales que nos compromete con los demás miembros de la comunidad. Cuidar es ayudar, es responder a las necesidades del otro por responsabilidad moral. Esta ética expresa nuestras virtudes humanas, nos integra en la comunidad y nos permite realizarnos como personas, especialmente en profesiones dedicadas a preservar la vida y el cuidado integral de la salud^{47,48}.

Solo así podremos garantizar que la búsqueda de la felicidad respete la dignidad y la autonomía de todas las personas; asegurar la justicia y la beneficencia, así como la práctica de la no maleficencia. Desde una óptica bioética se evidencian tres riesgos principales:

1. Erosión de la autonomía, al imponer políticas y estándares sin deliberación democrática.
2. Compromiso de la dignidad, al evaluar el valor de las personas en función de su adecuación a unos ideales emocionales hegemónicos.

3. Posible maleficencia, derivada de la medicalización innecesaria, la farmacologización del bienestar y la vigilancia afectiva.

Recomendaciones frente a los riesgos

Regulación de instrumentos de medición y diagnóstico

Problema: el uso de cuestionarios, escalas y tecnologías para medir la felicidad puede traducir el malestar cotidiano en diagnósticos médicos, legitimando intervenciones innecesarias.

Recomendaciones concretas:

- *Validación interdisciplinaria obligatoria:* antes de implementar cualquier instrumento (como SWLS, OHQ, Apps de bienestar, análisis de redes sociales, etc.), exigir que la persona pase por una evaluación interdisciplinaria (psicología, sociología, bioética, salud pública, derecho). *Cómo:* crear comités de revisión en instituciones públicas y privadas que incluyan expertos de distintas áreas, y que evalúen tanto la validez científica como el impacto social y ético de cada herramienta. *Ejemplo:* se deberían publicar protocolos de revisión ética y social, y someterlos a consulta pública.
- *Transparencia y acceso a los algoritmos:* las empresas y los organismos que utilicen algoritmos para medir emociones o felicidad (por ejemplo, Meta, Google, *wearables* como Fitbit o Whoop) deben hacer públicos los criterios y las variables que emplean. *Cómo:* exigir informes de transparencia y auditorías externas periódicas, con acceso a los datos anonimizados y a la lógica de los algoritmos.
- *Prohibición del uso diagnóstico sin contexto clínico:* prohibir que los resultados de las escalas de bienestar sean usados como diagnóstico médico o psiquiátrico sin una evaluación clínica integral. *Cómo:* incluir advertencias legales y éticas en los informes de resultados, y capacitar a los profesionales para que no automaticen la medicalización del malestar cotidiano.

Control y ética en la farmacologización del bienestar

Problema: el uso de fármacos para «optimizar» estados afectivos en personas sanas o para cumplir estándares sociales de felicidad puede generar dependencia, efectos adversos y desviar la atención de causas estructurales.

Recomendaciones concretas:

- *Protocolos de prescripción estrictos:* limitar la prescripción de antidepresivos y psicofármacos a casos con diagnóstico clínico claro, y prohibir su uso para «mejorar» el ánimo en personas sin patología. *Cómo:* exigir una doble validación (psiquiatra y médico general) antes de recetar psicofármacos para bienestar no clínico y registrar cada caso en un sistema nacional de farmacovigilancia.
- *Evaluación de riesgos y consentimiento informado ampliado:* antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico para el bienestar, el paciente debe recibir información clara sobre los riesgos, las alternativas no farmacológicas y el carácter no obligatorio del tratamiento. *Cómo:* formularios de consentimiento informado específicos para uso no terapéutico, revisados por comités de bioética.
- *Supervisión y reporte de efectos adversos:* obligar a las farmacéuticas y a los sistemas de salud a reportar y publicar datos sobre efectos secundarios, dependencia y resultados a largo plazo del uso de psicofármacos para bienestar. *Cómo:* crear un registro público de efectos adversos y revisiones anuales de seguridad.

Supervisión y regulación de terapias y tecnologías de mejora

Problema: la proliferación de Apps, wearables y plataformas digitales de bienestar puede fomentar la autoexplotación, la vigilancia emocional y la mercantilización de la felicidad.

Recomendaciones concretas:

- *Certificación obligatoria de Apps y dispositivos:* toda App, wearable o plataforma digital que prometa mejorar el bienestar debe pasar por un proceso de certificación independiente (similar a la aprobación de dispositivos médicos). *Cómo:* crear una agencia nacional o internacional que evalúe la evidencia científica, la protección de datos y el impacto ético de cada producto antes de su comercialización.
- *Regulación de la publicidad y las promesas de resultados:* prohibir que las Apps y los dispositivos prometan «felicidad garantizada» o resultados no comprobados científicamente. *Cómo:* supervisión de la publicidad por parte de las autoridades de salud y consumo, con multas por publicidad engañosa.
- *Protección de datos y privacidad:* exigir que los datos recolectados por Apps y wearables sean

anonimizados, no se compartan con terceros sin consentimiento explícito y que los usuarios puedan borrarlos en cualquier momento. *Cómo:* leyes de protección de datos específicas para tecnologías de bienestar, con auditorías y sanciones.

- *Evaluación de impacto social y psicológico:* antes de lanzar una App o programa digital a gran escala, realizar estudios piloto que evalúen no solo la eficacia, sino también el impacto en la autonomía, la autoexplotación y la percepción de la felicidad como deber. *Cómo:* estudios longitudinales y revisiones por comités de ética y derechos humanos.

Incorporar el análisis de condiciones estructurales y comunitarias

Problema: la ciencia de la felicidad tiende a individualizar el bienestar, ignorando factores estructurales (desigualdad, precariedad, discriminación, etc.).

Recomendaciones concretas:

- *Indicadores estructurales obligatorios:* toda medición de felicidad debe acompañarse de indicadores de contexto (ingresos, acceso a servicios, discriminación, seguridad, etc.). *Cómo:* incluir módulos de contexto en encuestas y reportes, y analizar correlaciones entre bienestar y condiciones estructurales.
- *Políticas públicas integrales:* priorizar intervenciones que mejoren las condiciones materiales y sociales (salud, educación, empleo, vivienda, etc.) como base para el bienestar, antes que solo promover Apps o terapias individuales. *Cómo:* vincular los resultados de medición de felicidad a planes de desarrollo social y políticas de reducción de desigualdad contextuales y adecuados a las circunstancias regionales.

Reforzar la autonomía real y la participación democrática

Problema: la autonomía promovida por la ciencia de la felicidad suele ser adaptativa, no emancipadora; se limita a la capacidad de ajustarse a unos estándares externos.

Recomendaciones concretas:

- *Educación crítica y ética sobre bienestar:* incluir en la educación formal y en campañas públicas contenidos sobre autonomía, derechos, límites de la autoayuda y la importancia de la acción colectiva. *Cómo:* programas escolares y talleres comunitarios sobre bienestar crítico y autonomía.

- *Participación de usuarios y comunidades en la regulación*: incluir a personas con experiencia vivida y a comunidades en la evaluación y el diseño de políticas y tecnologías de bienestar. *Cómo*: mesas de consulta ciudadana y foros participativos antes de aprobar nuevas tecnologías o políticas.

Supervisión internacional y actualización constante

Problema: la ciencia de la felicidad y sus tecnologías evolucionan rápidamente, superando la capacidad de regulación nacional.

Recomendaciones concretas:

- *Red internacional de bioética y regulación*: crear una red internacional (por ejemplo, bajo la UNESCO o la OMS) para compartir buenas prácticas, alertas y estándares mínimos de regulación en ciencia de la felicidad. *Cómo*: reuniones anuales, bases de datos compartidas y protocolos de respuesta rápida ante riesgos emergentes.

Financiamiento

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

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

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

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

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

Referencias

1. Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América. 1776. (Consultado el 06-08-2025.) Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2698/22.pdf>.

2. Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. 1789. (Consultado el 06-08-2025.) Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derechos-humanos-emx/article/download/5120/4492>.
3. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós; 1993.
4. Hunt L. La invención de los derechos humanos. Barcelona: Tusquets; 2009.
5. Bentham J. An introduction to the principles of morals and legislation. Oxford: Clarendon Press; 1907.
6. Easterlin RA. Does economic growth improve the human lot? En: David PA, Reder MW, editores. Nations and households in economic growth: essays in honor of Moses Abramovitz. New York: Academic Press; 1974. p. 89-125.
7. Layard R. Happiness: lessons from a new science. London: Penguin Press; 2005.
8. Seligman MEP. Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press; 2002.
9. Peterson C, Seligman MEP. Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: Oxford University Press; 2004.
10. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, editores. World Happiness Report 2013. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2012. (Consultado el 06-08-2025.) Disponible en: <https://www.worldhappiness.report/ed/2012/>.
11. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 28 June 2012: Happiness: towards a holistic approach to development (A/RES/66/281). New York: United Nations; 2012. (Consultado el 06-08-2025.) Disponible en: [https://docs.un.org/en/A/66/49%20\(Vol.%20II\)](https://docs.un.org/en/A/66/49%20(Vol.%20II)).
12. Cabanas E, Illouz E. Happygracia: cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas. Barcelona: Paidós; 2019.
13. Frawley A. Semiotics of happiness: rhetorical beginnings of a public problem. London: Bloomsbury Publishing; 2015.
14. Davies W. The happiness industry: how the government and big business sold us wellbeing. London: Verso Books; 2015.
15. Ahmed S. La promesa de la felicidad: una crítica cultural al imperativo de la alegría. Madrid: Traficantes de Sueños; 2019.
16. Ehrenreich B. Sonríe o muere: la trampa del pensamiento positivo. Madrid: Turner; 2012.
17. Han BC. La sociedad paliativa. Barcelona: Herder; 2021.
18. Han BC. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder; 2012.
19. Han BC. Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder; 2017.
20. Aristóteles. Ética Nicomaquea. Madrid: Gredos; 2003.
21. Romero A. La concepción aristotélica de la eudaimonía en Ética a Nicómaco: relación entre vida activa y vida teórica. Rev Investig. 2015; 39:13-30.
22. Roldán DA. La relevancia de la phronesis en la ética aristotélica. Teol Cult. 2010;7:37-52.
23. Hursthouse R, Pettigrove G. Virtue ethics. En: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Fall 2021 ed. Stanford: Stanford University; 2021. (Consultado el 26-10-2025.) Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue/>.
24. Annas J. The structure of virtue. En: DePaul MR, Zagzebski LT, editores. Intellectual virtue: perspectives from ethics and epistemology. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 15-33.
25. Kristjánsson K. Phronesis and moral education: treading beyond the truisms. Theory Res Educ. 2014;12:151-71.
26. Jonas H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
27. Zuboff S. The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power. New York: Public Affairs; 2019.
28. Lupton D. The quantified self. Cambridge: Polity Press; 2016.
29. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
30. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007.
31. Rose N. Governing the soul: the shaping of the private self. London: Free Association Books; 1999.
32. Elliott C. Better than well: American medicine meets the American dream. New York: W.W. Norton & Company; 2003.
33. Greely H, Sahakian B, Harris J, Kessler RC, Gazzaniga M, Campbell P, et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. Nature. 2008;456:702-5.
34. Lupton D. Digital health: critical and cross-disciplinary perspectives. London: Routledge; 2017.
35. Cederström C, Spicer A. The wellness syndrome. Cambridge: Polity Press; 2015.

36. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
37. Callahan D. The troubled dream of life: in search of a peaceful death. New York: Simon & Schuster; 1993.
38. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2019.
39. Andorno R. La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *Arbor*. 2019;195:a501.
40. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge: Harvard University Press; 2011.
41. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
42. McMahon DM. Happiness: a history. New York: Atlantic Monthly Press; 2006.
43. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001. (Consultado el 06-08-2025.) Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf.
44. Alvarado A. La ética del cuidado. *Aquichan*. 2004;4(4).
45. Rodríguez Abrahantes TN, Rodríguez Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2018;34(3).
46. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz*. 2021;10(1).
47. Reyes E. Ética del cuidado y cuidado en enfermería. En: *Cuidado y salud: perspectivas éticas*. México: Editorial Universitaria; 2009. p. 72.
48. Alvarado A. La ética del cuidado como fundamento de la práctica profesional. *Rev Bioet Latinoam*. 2004;6:2.

Conflictos bioéticos de la violencia obstétrica en México

Bioethical conflicts of obstetric violence in Mexico

Dalia Falcon-Carrillo 

Maestría en Bioética, Universidad de la Salud (UNISA), Ciudad de México, México

Resumen

La violencia obstétrica constituye una forma de violencia institucional y de género ejercida por el personal de salud. Se manifiesta en la cosificación del cuerpo gestante y de sus procesos fisiológicos mediante prácticas de medicalización, patologización e institucionalización que reducen la autonomía de las mujeres. Comprender los conflictos bioéticos relacionados con la violencia obstétrica es clave para diseñar medidas de acción orientadas a garantizar el respeto de los derechos reproductivos. La violencia obstétrica tiene un impacto directo en la calidad de vida de las mujeres y en la mortalidad materna en México, convirtiéndola en un problema de salud pública y de justicia social.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Mujer. Autonomía. Médico. Medicalización.

Abstract

Obstetric violence constitutes a form of institutional and gender-based violence exercised by healthcare personnel. It is manifested in the objectification of the pregnant body and its physiological processes through practices of medicalization, pathologization, and institutionalization that diminish women's autonomy. Understanding the bioethical conflicts related to obstetric violence is key to designing action measures aimed at ensuring respect for reproductive rights. Obstetric violence has a direct impact on women's quality of life and on maternal mortality in Mexico, making it a public health and social justice issue.

Keywords: Obstetric violence. Woman. Autonomy. Physician. Medicalization.

Correspondencia:

Dalia Falcon-Carrillo

E-mail: dalia.falconcarrillo@unisa.cdmx.gob.mx

Fecha de recepción: 12-01-2026

Fecha de aceptación: 14-04-2026

DOI: [10.24875/GCB.26000001](https://doi.org/10.24875/GCB.26000001)

Disponible en línea: 28-05-2026

Gac Conbioet. 2026;15(54):27-31

www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2026 Comisión Nacional de Bioética. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prevalencia mundial de la violencia obstétrica carece de cifras oficiales debido al subregistro, ya que muchas mujeres no denuncian por miedo, normalización cultural o falta de mecanismos institucionales. Aun así, la Organización Mundial de la Salud reportó que el 42% de las mujeres en procesos de parto sufrieron algún tipo de maltrato, como abuso físico o verbal, estigmatización o procedimientos médicos injustificados¹. En México, se estima que una de cada tres mujeres ha experimentado violencia obstétrica, siendo más vulnerables las mujeres indígenas, adolescentes o con discapacidad, lo que se vincula directamente con la mortalidad materna al generar desconfianza y retrasos en la atención médica².

Violencia obstétrica

El concepto de «violencia obstétrica» tiene su origen jurídico y político en América Latina. Venezuela fue pionera en el mundo al tipificarla en 2007 como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud³. En el ámbito jurídico mexicano, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia reconoce la violencia obstétrica como violencia institucional y de género⁴, mientras que la NOM-046-SSA2-2005 indica que debe ser prevenida y sancionada, obligando a los servicios de salud a garantizar una atención digna y respetuosa⁵. Pese al marco legal, la violencia obstétrica opera como una práctica sistémica vinculada al *habitus* médico⁶. Esta dinámica no solo vulnera la ley, sino también los principios de la bioética clínica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)⁷, convirtiendo el parto en un ejercicio de poder y subordinación⁸.

Los conflictos bioéticos de la violencia obstétrica

Los conflictos bioéticos vinculados a la violencia obstétrica se entienden como las tensiones que emergen cuando las prácticas médicas durante el embarazo, el parto o el puerperio no solo vulneran los principios fundamentales de la bioética, sino que también afectan dimensiones esenciales como la dignidad, la vulnerabilidad, el trato humanizado y los derechos humanos, entre ellos la libertad. Este fenómeno trasciende lo clínico para situarse en una intersección ética, social y jurídica⁹.

Para precisar el origen de estos conflictos es necesario analizar su epistemología, fundamentada en la

cosificación de la corporeidad femenina. Históricamente, el cuerpo de la mujer ha sido concebido como un objeto de posesión subordinado a la función reproductiva, invisibilizando su identidad y legitimando la desigualdad de género^{10,11}. Desde la antigüedad clásica, la medicina griega y romana redujo la salud femenina a la maternidad, consolidando un paradigma en el que la mujer era un ser pasivo, sumiso y frágil¹². De este modo, se estableció una visión que vinculaba de manera exclusiva la condición femenina con la reproducción, reforzando su subordinación social y médica¹³.

Esta visión se institucionalizó en el siglo XIX con el surgimiento de la ginecología y obstetricia como especialidad bajo un modelo biomédico. Si bien el uso del fórceps y del espéculo representó un avance técnico, también reforzó la medicalización y la subordinación del cuerpo femenino a la autoridad médica. Así, el parto transitó de ser un evento comunitario acompañado por parteras a un proceso controlado en entornos hospitalarios, donde la autonomía femenina quedó restringida bajo el discurso de la modernidad científica¹⁴.

Manifestaciones de la violencia obstétrica y el modelo biomédico

La violencia obstétrica se manifiesta en el trato ofensivo, humillante o negligente hacia las mujeres durante los procesos reproductivos por parte del personal de salud. Estas prácticas tienen su origen en la institucionalización de la corporeidad femenina y en la actitud paternalista que caracteriza al modelo biomédico¹⁵. Una de las expresiones más significativas de esta dinámica se encuentra en el diferimiento del consentimiento informado respecto a las intervenciones médicas¹⁶.

Bajo una lógica de «modelo industrial», el cuerpo femenino es tratado como una máquina, el recién nacido como un producto y el médico como un operario presionado por metas de productividad, configurando una relación de asimetría. En este marco, el profesional de la salud, amparado en los principios de beneficencia y no maleficencia, somete a la paciente a procedimientos que se ajustan a dicha lógica, relegando el acceso a información clara, la apertura al diálogo y, sobre todo, la verdadera libertad de decisión informada. Ello se traduce en una pérdida de autonomía y de intimidad, situando a las mujeres en un ambiente de aislamiento, sometimiento y pasividad¹⁷.

La ausencia de consentimiento informado expone a las mujeres a la medicalización de los procesos gestantes mediante prácticas como la administración de oxitocina para acelerar el tiempo de parto, la realización

de episiotomías «preventivas» o la patologización del embarazo al considerarlo un estado de riesgo permanente. Asimismo, se legitiman cesáreas bajo este mismo argumento, aun sin evidencia médica que las justifique¹⁸. En este contexto, se anula la percepción que la persona gestante tiene sobre su propio cuerpo y proceso, mientras el personal médico ejerce un «saber/poder obstétrico» sustentado en un axioma autoritario que descalifica y deslegitima su experiencia: «Estás loca, eres una ignorante... No seguiste las instrucciones de la doctora»¹⁹.

Determinantes socioculturales y estigmatización de la maternidad

La violencia obstétrica se sostiene en los mandatos socioculturales que asignan a las mujeres el rol principal de cuidado del hogar y de los hijos. Aquí, el proceso reproductivo deja de ser una experiencia íntima para convertirse en un dispositivo de control social regulado por normas morales²⁰. La Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones en los Hogares del año 2021 revela que la autonomía corporal es aún precaria: el 39% de los embarazos no fueron planeados y, en muchos casos, la decisión estuvo influenciada por terceros, siendo las adolescentes el grupo más vulnerable, pues el 50% de sus embarazos ocurrieron sin planificación ni consentimiento²¹.

Socialmente, la maternidad se presenta como un privilegio exclusivo de las mujeres consideradas «buenas», mientras que aquellas catalogadas como «malas» son sancionadas por cuestionar lo que se concibe como un proceso divino. Esta dicotomía moral refuerza la maternidad como institución regulada por normas sociales y religiosas que imponen juicios de valor sobre quién merece ejercerla y en qué condiciones²².

El personal de salud también reproduce estas concepciones morales, influyendo tanto en la práctica médica como en el trato hacia las pacientes. De este modo, los servicios de ginecología y obstetricia se configuran no solo como espacios técnicos, sino también como escenarios de reproducción de valores morales que dictan conductas aceptables y sancionables. En consecuencia, las mujeres que se apartan de los roles tradicionales suelen ser objeto de estigmatización y trato desigual^{23,24}. Así, las mujeres indígenas, migrantes, adolescentes, aquellas con enfermedades o con profesiones socialmente estigmatizadas acumulan capas adicionales de vulnerabilidad, lo que configura una desigualdad estructural que profundiza la violencia obstétrica²⁵.

Feminización de los servicios de ginecología y obstetricia

Para 2025, se reportó que el 47% del personal de salud en México son mujeres, evidenciando una creciente feminización de la especialidad²⁶. No obstante, este cambio demográfico no garantiza por sí mismo una atención con perspectiva de género. La idea de que la atención entre mujeres asegura mayor empatía frente al dolor y el pudor es una falacia esencialista, pues atribuye cualidades universales basadas únicamente en el sexo biológico²⁷.

La violencia obstétrica no deriva de una ontología de género individual, sino de la estructura del modelo médico hegemónico. Durante la formación académica y hospitalaria, el personal de salud (independientemente de su identidad de género) es socializado en el hábito médico: un conjunto de disposiciones y prácticas jerárquicas que privilegian el control técnico sobre la vivencia subjetiva. En este proceso de formación, la identidad profesional termina por asimilar y subordinar a la identidad de género^{6,28}.

Así, las profesionales pueden convertirse en agentes de un poder institucional que cosifica a la paciente, no por falta de sensibilidad personal, sino porque operan dentro de un sistema que normaliza la medicalización y la obediencia. Por lo tanto, la violencia obstétrica debe entenderse como una falla estructural en la formación médica, cuya inercia patriarcal es capaz de instrumentalizar a cualquier sujeto que se inserte en su dinámica de poder²⁹. En ese sentido, la transformación de la educación médica es la verdadera clave para erradicar estas prácticas.

Modelos de atención: del paradigma industrial al parto humanizado en México

El parto humanizado reconoce a la mujer como protagonista de su experiencia, respetando su fisiología y sus tiempos naturales, con intervenciones médicas solo cuando son necesarias, en un entorno seguro y respetuoso³⁰. Sin embargo, su implementación se encuentra limitada a programas piloto como en el Hospital General de Iztapalapa Dr. Juan Ramón de la Fuente (sector público de la Ciudad de México)³¹, o bien a espacios privados donde está disponible como un servicio diferenciado y de alto costo³². Esta situación evidencia la falta de accesibilidad a modelos humanizados, considerando que el 98% de los partos atendidos en el país siguen reproduciendo el modelo industrial³³.

La precariedad hospitalaria (falta de infraestructura, de insumos y de personal especializado), junto con la

elevada tasa de nacimientos y la saturación de los hospitales públicos, generan una sobrecarga laboral y un aumento de las prácticas deshumanizantes. En este sentido, la violencia obstétrica no debe entenderse únicamente como violencia de género, sino también como una forma de violencia estructural e institucional, vinculada a la insuficiencia de recursos y a la presión asistencial³⁴.

La convergencia de estos factores deriva en un trato despersonalizado que privilegia el cumplimiento de protocolos institucionalizados, orientados a alcanzar metas. El cuerpo gestante se cosifica al ser reducido a un simple soporte biológico para el ejercicio de saberes técnicos y prácticas disciplinarias. En consecuencia, la violencia obstétrica se invisibiliza y se normaliza, lo que no solo limita la percepción de su gravedad y perpetúa su reproducción, sino que también vulnera, en última instancia, los derechos humanos y reproductivos más elementales^{35,36}.

Conclusión

La violencia obstétrica en México no es un evento aislado de mala praxis, sino un conflicto bioético estructural que exige la reconfiguración del modelo de atención. Es imperativo transitar de un paradigma paternalista a uno deliberativo, en el que se reconozca a la persona gestante como una corporeidad moral autónoma. La erradicación de esta violencia, especialmente en contextos de vulnerabilidad acumulada (mujeres indígenas, adolescentes y personas en situación de pobreza), demanda una transformación profunda en la educación médica que priorice la dignidad humana y la justicia distributiva sobre las metas de productividad institucional.

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, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

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

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto. Ginebra: OMS; 2019. (Consultado el 19-03-2026.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>.
2. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna. México: GIRE; 2023. (Consultado el 19-03-2026.) Disponible en: <https://gire.org.mx/radiografia-de-la-violencia-obstetrica-y-la-muerte-materna/>.
3. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N.º 38.668. Caracas; 2007. Disponible en: <http://spm.gov.ve/wp-content/uploads/2021/11/Ley-Organica-Sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>.
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Diario Oficial de la Federación; 2007. Última reforma publicada el 17 de mayo de 2023. (Consultado el 19-03-2026.) Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/905509/LGAMVLV.pdf>.
5. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. México: Diario Oficial de la Federación; 2005. (Consultado el 19-03-2026.) Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/doctr/2016/jur/a70/01/jur-20170331-nor19.pdf>.
6. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: UNAM-CRIM; 2015. Disponible en: <https://www.crim.unam.mx/web/node/464>.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
8. Sesma-Vázquez S, González-Hernández D. La violencia obstétrica como vulneración de los principios de la bioética clínica en México. Rev Bioet Der. 2022;(54):123-40. doi: 10.1344/rbd2022.54.37021.
9. García-López R, Martínez-Pineda A. Tensiones éticas en la atención del parto: autonomía frente al paternalismo médico en América Latina. Rev Lat Bioet. 2023;23:45-62. doi: 10.18359/rbi.6214.
10. De Beauvoir S. Le deuxième sexe. París: Gallimard; 1949. [De Beauvoir S. El segundo sexo. Madrid: Cátedra; 2005.]
11. Butler J. Gender trouble: feminism and the subversion of identity. New York: Routledge; 1990.
12. Foucault M. Surveiller et punir: naissance de la prison. París: Gallimard; 1975. [Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI; 2002.]
13. Ortiz Gómez T. Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista. Oviedo: KRK; 2006.
14. Uría Acevedo MA. Fenomenología social y marco normativo de la violencia obstétrica a nivel internacional con especial enfoque en Latinoamérica. Rev Latinoam Derecho Soc. 2025;(40):39-73. doi: 10.22201/ij.24487899e.2025.40.18368.
15. Castrillo B. Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica. Espacio Abierto. 2021;30: 15-32.
16. Campos Serrano A, Páez Díaz de León A. La violencia obstétrica y sus implicaciones legales en México. Cuest Const. 2024;1:e00027. doi: 10.22201/ij.24484881e.2024.50.18802.
17. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuad Intercamb Centroamérica y el Caribe. 2014;11:145-69.
18. Iparraquirre M. La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. Rev Bioética Derecho. 2021;(53):1-15. doi: 10.1344/rbd2021.53.33595.
19. Arguedas Ramírez G. Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. San José: Universidad de Costa Rica, Centro de Investigación en Estudios de la Mujer; 2015. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/08a94120-87c1-480e-8556-d30a08e1d494/content>.

20. Rich A. *Of woman born: motherhood as experience and institution*. New York: W. W. Norton & Company; 1976.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Aguascalientes: INEGI; 2022. (Consultado el 12-01-2026.) Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>.
22. Ación González E, Resina González MC. Prostitución y maternidad: explorando la implicación y suma de estigmas. *Cuad Relac Labor*. 2017;35:307-26. doi: 10.5209/CRLA.56784.
23. Solís Falcón S, Mendoza Cárdenas H. Violencia obstétrica, derecho a la salud y género: un análisis teórico y conceptual. *Rev Bioet Der*. 2023; 58:45-62. doi: 10.1344/rbd2023.58.41124.
24. Peña-López M, Sánchez-Anguiano C, Morales-Hernández BP. Embarazo en adolescentes y estigmatización: experiencia en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. *Arch Med Fam*. 2024;26:45-56.
25. Luna F. Vulnerabilidad y justicia en investigación biomédica: la metáfora de las capas. En: Luna F, Salles A, editores. *Bioética y vulnerabilidad*. Buenos Aires: Paidós; 2008. p. 77-98.
26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Médicos, enfermeras y especialistas en salud: estadísticas laborales, primer trimestre 2025. Aguascalientes: INEGI; 2025. (Consultado el 12-01-2026.) Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>.
27. Pozzio M. "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada": feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. *Salud Colectiva*. 2014;10:325-37. doi: 10.18294/sc.2014.396.
28. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2615.
29. García RS. Institucionalización del género y espacios de participación: una aproximación a los Foros Federales Participativos. *La Ventana Rev Estud Genero*. 2024;7(60). doi: 10.32870/lv.v7i60.7885.
30. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado: aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: <http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/saludPerinatal/NacimientoHumanizado.pdf>.
31. Wong AP. Este hospital de la CDMX permite que las mujeres estén acompañadas durante el parto: cuál es y dónde está. *Vox Populi Noticias*; 22 de febrero de 2024. (Consultado el 12-01-2026.) Disponible en: <https://voxpathulnoticias.com.mx/este-hospital-de-la-cdmx-permite-que-las-mujeres-estenen-acompanadas-durante-el-parto-cual-es-y-donde-esta/>.
32. López Castro BP. ¿Para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer? [Tesis de Licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2025. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/33f57535-c2fb-45d5-8f6a-27f0010a75a0/content>.
33. Consejo Nacional de Arbitraje Médico. Violencia obstétrica en México: un balance. México: CONAMED; 2023. (Consultado el 12-01-2026.) Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/violencia_obstetrica_23.pdf.
34. Valdés-Hernández J, Reyes-Pablo AE, Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S. Demanda de atención obstétrica y densidad de recursos en salud para mujeres mexicanas en edad fértil. *Gac Med Mex*. 2020; 156:94-101.
35. Capdevielle P, Mayans Hermida I, González Barrera MP, Medina Arellano MJ. Apuntes feministas para la construcción de una bioética latinoamericana: una propuesta. *Rev Bioet Der*. 2025;(65):4-31. doi: 10.1344/rbd2025.65.49947.
36. Medina Arellano MJ. Parir en tiempos de violencia estructural. *Nexos: Bioética*; 2025. (Consultado el 19-03-2026.) Disponible en: <https://bioetica.nexos.com.mx/parir-en-tiempos-de-violencia-estructural/>.

Desafíos en salud mental: diversidad funcional psicosocial, derechos humanos y los comités de bioética

Challenges in mental health: psychosocial functional diversity, human rights and the bioethics committees

Fabiola Tafoya-Ramos¹ , Nancy Martínez-Cerón²  y Coptzy Cruz-Cruz^{3,4*} 

¹Coordinación de Enseñanza, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones; ²Comisión de Acción Social, Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos Biólogos de México, A. C., Consejo Consultivo de Indiscapacidad; ³Servicios de Atención Psiquiátrica, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones; ⁴Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de México, México

Resumen

La atención y el desarrollo de investigación en salud mental ha transitado hacia un enfoque de derechos humanos, el cual exige superar el modelo médico-rehabilitador existente y que se reconozcan la dignidad, la autonomía y la diversidad funcional psicosocial de las personas. En este trabajo se realiza una compilación y análisis crítico y conceptual de la literatura y del marco normativo vigente en materia de salud mental, incorporando una perspectiva bioética y del modelo social de la discapacidad. A pesar de los avances legislativos, se identifican persistentes barreras estructurales, prácticas deshumanizadas, dinámicas paternalistas y una insuficiente implementación de equipos multidisciplinarios y comités de bioética, lo que limita la participación activa de las personas con diversidad funcional psicosocial, vulnerando su bienestar. El fortalecimiento de los comités de bioética, la adopción de modelos de atención basados en derechos y el desarrollo de investigación con enfoque comunitario, multidisciplinario y centrado en la autonomía se configuran como estrategias clave para garantizar una salud mental ética, digna e inclusiva.

Palabras clave: Salud mental. Derechos humanos. Diversidad funcional psicosocial. Bioética. Autonomía personal. Atención comunitaria.

Abstract

Mental health care and research development has shifted towards a human rights approach, which requires overcoming the medical-rehabilitative model of healthcare and recognizing the dignity, autonomy and psychosocial functional diversity of persons. This paper presents a compilation and critical and conceptual analysis of the literature and current regulatory framework on mental health, incorporating a bioethical perspective and the social model of disability. Despite legislative advances, persistent structural barriers, dehumanizing practices, paternalistic dynamics and insufficient implementation of multidisciplinary teams and bioethics committees were identified, limiting the active participation of people with psychosocial functional diversity and thus undermining their well-being. Strengthening bioethics committees, adopting rights-based care models, and developing community-based, multidisciplinary, and autonomy-centered research, are key strategies for ensuring ethical, dignified and inclusive mental health care.

Keywords: Mental health. Human rights. Persons with psychosocial functional diversity. Bioethics. Personal autonomy. Community health services.

*Correspondencia:

Coptzy Cruz-Cruz
E-mail: coptzycruz@gmail.com

Fecha de recepción: 17-02-2026
Fecha de aceptación: 20-04-2026
DOI: 10.24875/GCB.26000007

Disponible en línea: 28-05-2026
Gac Conbioet. 2026;15(54):32-41
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2026 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 la actualidad, los problemas de salud mental representan un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo, desde la provisión de servicios de atención y el desarrollo de investigación. Después de la pandemia de COVID-19, la incidencia y la búsqueda de atención relacionada con trastornos como la depresión y la ansiedad aumentó un 25%¹. En México, alrededor de 26 millones de personas (19.9%) viven con algún trastorno mental o con un problema por consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la brecha de atención es alta; por ejemplo, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, solo el 29% de las personas con psicosis acceden a servicios de salud mental². Adicionalmente, solo el 4.6% de la investigación en salud se centra en salud mental, y de ella, menos del 50% es investigación clínica o aplicada³. Lo anterior evidencia los diversos retos por atender en materia de protección y mejora de la salud mental de la población.

Históricamente, las personas con diversidad psicosocial han sido objeto de prácticas institucionales que han vulnerado sus derechos humanos, al ser aisladas y atendidas en condiciones de hacinamiento, carencia de personal capacitado, maltrato, falta de recursos e incluso coerción para participar en proyectos de investigación⁴. Ante ello, se han emprendido esfuerzos legales que protejan y fomenten los derechos de las personas con diversidad psicosocial. En el caso de México, en 2022 se realizaron reformas en dicha materia⁵, lo cual constituye un avance esperanzador para consolidar un modelo de salud mental centrado en los derechos humanos⁶. Sin embargo, la traducción y la materialización de la ley en la práctica diaria puede representar un desafío, para lo cual se requerirá consolidar la presencia de instancias y personal capacitado que garanticen la ejecución.

Actualmente, en las instituciones de salud mexicanas existen el Comité de Bioética para la Atención de la Salud (CBAS) y el Comité de Ética e Investigación (CEI), que son instancias multidisciplinarias con atribuciones normativas que podrían ayudar a garantizar el respeto a la dignidad humana en materia de atención a la salud mental, promoviendo la toma de decisiones clínicas y la investigación, respectivamente, desde una perspectiva ética, basada en el respeto a los derechos humanos y en la superación del estigma social⁷⁻⁹.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar los desafíos en materia de atención y desarrollo de investigación para las personas con diversidad funcional

psicosocial (PDFP), y el papel de los CBAS y los CEI para garantizar la protección de los derechos humanos en su área de competencia.

Diversidad psicosocial: un enfoque ético, social y de derechos en salud mental

Los trastornos mentales son síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas en los procesos cognitivos o en la regulación emocional o del comportamiento¹⁰. Dichas alteraciones pueden reflejar disfunciones psicológicas, biológicas o del desarrollo, y de manera global modificar el funcionamiento mental^{10,11}. Desde el punto de vista biológico, los trastornos mentales se consideran deficiencias o limitaciones de las funciones del cerebro, asociadas a desequilibrios neuroquímicos debidos a una deficiencia o un exceso de neurotransmisores, entre los que destacan la dopamina, la acetilcolina, la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico¹².

Si bien es cierto que la hipótesis neurobiológica de los trastornos mentales ha orientado los avances para su diagnóstico y tratamiento, también se reconoce que estos son condiciones de alta complejidad, los cuales requieren el desarrollo de investigación, prevención y abordaje que incluya elementos como la genética, la historia familiar, las experiencias de vida adversas, el consumo de sustancias psicoactivas y las condiciones psicosociales, para un entendimiento más certero¹³. Adicionalmente, las herramientas diagnósticas disponibles, basadas en la identificación de síntomas cognitivos, mentales y conductuales, han mostrado ciertas limitaciones para confirmar la presencia de un trastorno mental y la comorbilidad existente¹⁴. También, las personas que viven con un trastorno mental suelen experimentar niveles significativos de estrés y limitaciones que afectan su capacidad para afrontar las demandas cotidianas de la vida y el desempeño de sus actividades laborales, así como su participación en el ámbito comunitario^{3,10,15}. Considerando lo anterior, la evaluación clínica, el tratamiento y el seguimiento a largo plazo de las personas que viven con un trastorno mental debe incluir el análisis de factores como la duración y la intensidad de los síntomas, la comorbilidad y el impacto de la funcionalidad en la vida diaria¹⁶.

En México, se estima que el 33.9% de las personas con un trastorno mental presentan afecciones de intensidad leve, el 40.5% moderada y el 25.7% grave o muy grave¹⁷. Trastornos como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las

discapacidades intelectuales, así como los trastornos conductuales y del desarrollo, tienen una alta carga de morbilidad³. Sin embargo, el impacto de los trastornos mentales en los distintos ámbitos de la vida cotidiana no depende únicamente de la intensidad de los síntomas, sino también de las condiciones del entorno, que pueden actuar como facilitadores o como barreras^{18,19}.

A lo largo de la historia, la atención en salud mental ha estado dominada por modelos de atención excluyentes y estigmatizantes. El modelo de la prescindencia consideraba a la persona con un trastorno mental una carga improductiva para la familia y la comunidad, mientras que el modelo médico-rehabilitador reducía a la persona a una deficiencia biológica susceptible de tratamiento^{19,20}. En este contexto, el término «discapacidad» fue ampliamente utilizado para describir a quienes presentan estos trastornos^{3,10}, y aunque originalmente buscaba reemplazar términos peyorativos como «minusválido»²¹, a la fecha el concepto mantiene una visión centrada en la deficiencia y la idea de curación, lo que perpetúa la carga biológica y reduccionista de la persona que vive con un trastorno mental^{19,22}.

Desde la segunda mitad del siglo xx, impulsado por los marcos normativos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se ha promovido el tránsito hacia un modelo social de la diversidad funcional^{16,23}. Este modelo sostiene que las limitaciones no derivan únicamente de condiciones biológicas, sino también de barreras sociales, culturales y ambientales que obstaculizan la participación plena de las personas que viven con un trastorno mental. Por lo tanto, la inclusión requiere transformar la sociedad, reconociendo que la «normalidad» es una construcción social impuesta sobre una realidad diversa¹⁹.

En la actualidad se reconoce que algunas personas que viven con alguna condición de salud mental presentan cierto tipo de discapacidad psicosocial³. Si bien esta denominación permite establecer unos criterios diagnósticos para su identificación y tratamiento, también contribuye al reforzamiento de etiquetas negativas que favorecen la discriminación y la exclusión, y debilita la actuación ética del personal de salud involucrado en la atención y en el desarrollo de proyectos de investigación en esta área²⁴.

En consonancia con el modelo social y el enfoque de derechos humanos, se ha propuesto sustituir el término «persona con discapacidad psicosocial»²² por «persona con diversidad funcional psicosocial»²⁵. Esta denominación busca enfatizar la pluralidad de experiencias humanas en salud mental y promover el desarrollo y la

aplicación de intervenciones que respondan a las necesidades o los desafíos desde la diferencia o diversidad como valor, no como deficiencia. En este documento hablamos de PDFP para referirnos a aquellas personas que viven con condiciones tradicionalmente catalogadas como discapacidades psicosociales.

Desde esta perspectiva, las PDFP tienen tanto valor y potencial como cualquier otra persona. Su dignidad no depende de su productividad, sino de su condición humana¹⁹. Por ello, su participación comunitaria debe basarse en los principios de igualdad, no discriminación, aceptación de la diferencia y reconocimiento de todas las voces¹⁹. Considerando lo anterior, y a partir del reconocimiento de la diversidad funcional psicosocial, es necesario repensar las estrategias de atención y participación en investigaciones en salud mental, que deben orientarse a fomentar la autodeterminación, mejorar la funcionalidad y responder a los desafíos concretos que enfrentan las PDFP en su vida cotidiana.

Desafíos en la atención y en el desarrollo de investigación para las personas con diversidad funcional psicosocial

La literatura ha documentado diversos desafíos que enfrentan las PDFP en su interacción con los servicios de salud mental, entre los que destacan:

- La negación de su autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas en contextos donde se asume una reducción de su competencia mental, favoreciendo la vulnerabilidad a la coacción y la violación de derechos^{26,27}. Tal es el caso de los internamientos involuntarios, los cuales deben evaluarse de manera multidisciplinaria, maximizando el beneficio para aquellos que los requieren²⁸.
- Sentimientos negativos de falta de escucha o validación de experiencias, así como estigmatización social, que dificultan la construcción de una identidad social plena^{29,30} y generan sentimientos de soledad e invisibilidad^{31,32}. Dichas situaciones suelen presentarse en entornos de atención carentes de actualización y sensibilización en temas de ética y derechos humanos.
- La exposición a contextos en los que la violencia o el maltrato están normalizados²⁹. Esta situación sigue siendo un área de oportunidad para los servicios de salud mental, ya que en muchas ocasiones se vuelve una práctica normalizada, que se fortalece ante la falta de habilidades interpersonales del personal de salud³³.

- La medicalización como vía predominante de tratamiento, minimizando enfoques de tipo psicosocial²⁹, y adicionalmente las dificultades en el manejo farmacológico, oscilando entre la adhesión y el rechazo³⁴. Ambas situaciones merecen especial atención y a la fecha siguen siendo tema de debate por las implicaciones que tiene el uso irracional de medicamentos y la relevancia de fomentar el tratamiento multidisciplinario en salud mental³⁵.

Considerando lo anterior, la actuación de los profesionales de la salud es determinante en la calidad de la atención, y en ellos se debe fomentar la reducción o el abandono de prácticas como la falta de conciencia ética y de vocación de cuidado^{29,31,32}, las posturas paternalistas que desvalorizan la voz de la persona usuaria³², la escasez de tiempo, espacios y recursos para el trabajo clínico y la reflexión ética^{26,34}, la atención centrada en la estabilización farmacológica con un conocimiento limitado de terapias no farmacológicas³⁶, y las deficiencias en los acuerdos de confidencialidad y protección de datos sensibles^{27,29}.

Adicionalmente, en materia de investigación en salud mental, los desafíos actuales se pueden organizar en tres ejes principales:

- La gobernanza, dado que persiste una inestabilidad de las agendas de investigación, las cuales suelen priorizar demandas globales e intervenciones estandarizadas por encima de la comprensión de procesos fundamentales y necesidades locales. Esta separación genera brechas significativas entre la evidencia científica, la implementación, la evaluación de su efectividad y el establecimiento de políticas públicas³⁷. A esto se suman la falta de financiamiento y una limitada articulación entre academia, tomadores de decisiones y comunidades^{37,38}.
- La ética institucional, ya que, desde el ámbito ético-metodológico, las instituciones de salud enfrentan el reto de transitar de una protección paternalista hacia una salvaguarda de los derechos proactiva. A la fecha siguen persistiendo prácticas que invisibilizan la voz de las PDFP, limitando la comprensión de los factores estructurales de la salud mental^{39,40}. Lo anterior hace necesario establecer lineamientos claros en materia de investigación, sobre todo ante el creciente uso de tecnologías de la información, el desarrollo de investigación en el ámbito comunitario y en población específica como niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, y la diversidad sexual. Asimismo, se debe impulsar el desarrollo de investigación que integre la experiencia

del usuario y los actores comunitarios, y que evite perpetuar las asimetrías del poder en la producción del conocimiento³⁷.

- Los marcos epistemológicos de investigación, ya que hasta ahora predomina el modelo diagnóstico tradicional sobre las perspectivas interdisciplinarias. Es necesario un desplazamiento hacia mecanismos transdiagnósticos –análisis de procesos comunes a diversos trastornos de salud mental–, sistemas para la ciencia de la implementación^{37,41}, en los que se considere el contexto socioecológico de la salud mental³⁷. Por lo tanto, se debe impulsar una investigación equitativa, participativa, basada en el codiseño y en la alianza con la comunidad, en la cual se busque la relevancia social y la traducción efectiva del conocimiento en políticas y prácticas en un sistema de salud mental sostenible, inclusivo y centrado en la persona³⁷.

Estructuralmente, el sistema de salud enfrenta múltiples deficiencias que afectan directamente a la atención de las PDFP, como: 1) la persistencia de negligencia profesional sin sanciones adecuadas^{29,32}; 2) limitaciones en la organización y la distribución de recursos³⁴; 3) el acceso restringido a los servicios especializados, con largas listas de espera de atención de primera vez y seguimiento^{29,31,34}; 4) precariedad de la infraestructura para realizar distintos abordajes terapéuticos²⁹; 5) sobrecarga laboral del personal clínico, que compromete la calidad del cuidado^{29,34}; y 6) falta de articulación del sistema de salud que garantice una atención continua e integral³².

Otro desafío desde la perspectiva de atención comunitaria a la salud mental es incorporar a la familia en el proceso de atención, tanto desde el punto de vista de capacitación, que ayude a que la PDFP tenga una adecuada recuperación, como en la prevención. Adicionalmente, la intervención oportuna y empática de los profesionales de la salud en este nivel, a través de psicoeducación, acompañada entre pares, sigue siendo un desafío que podría mejorar la adherencia al tratamiento, ya que en ocasiones, al no ser informados de manera oportuna, los PDFP y su red de apoyo pueden desanimarse y alejarse del manejo profesional^{26,42}.

En conjunto, los desafíos mencionados, si no son atendidos oportunamente, pueden limitar el bienestar de las PDFP, por ejemplo retrasando su diagnóstico y atención oportuna, lo cual afectaría su calidad de vida y su interacción social. Además, en el ámbito de la investigación podrían ser sujetos de mayor riesgo psicosocial y ser expuestos a intervenciones con escaso efecto en su recuperación integral. Por lo tanto, superar

Tabla 1. Marco legal, pilar de la atención a la salud mental

Principios básicos de calidad de la atención	LGS (N.º artículo)	CDPD (N.º artículo)
Enfoque comunitario y de participación social	72 Bis	19, 29
Ejercicio y respeto de los derechos humanos	72, 72, 73 Bis	5, 28
Capacitación y educación en salud mental, respuesta eficaz para atenuar crisis	73	24, 25
No discriminación, consciencia para erradicar el estigma y el estereotipo	73 Bis	5, 8
No ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva ni malos tratos	74 Ter	15
Tratamiento individualizado	74 Ter	25, 26
Confidencialidad	74 Ter	22
Atención ambulatoria. Modelo «asilar» como último recurso terapéutico	74, 75	25, 26
Mecanismos de apoyo en la toma de decisiones: directrices de voluntad anticipada para aceptar o rechazar un tratamiento (formas, alcance, duración y circunstancia), consentimiento informado	75 Bis, 74, 75 Ter	12, 22
Comunicación accesible, oportuna, comprensible, veraz y completa	75 Bis	21

CDPD: Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; LGS: Ley General de Salud.

dichos desafíos exige el fortalecimiento de mecanismos institucionales que respeten y garanticen los derechos humanos, conforme a los marcos normativos nacionales e internacionales. Actualmente, algunos mecanismos existentes son el buzón de quejas, el decálogo de derechos, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y el Comité Ciudadano, así como los CBAS y los CEI.

Marco legal adherido a los derechos humanos en salud mental

En el año 2007, México ratificó la CDPD, realizando esfuerzos para su inclusión en el marco legislativo²³. Y fue en mayo de 2022, que dichos esfuerzos quedaron plasmados en la reforma al capítulo VII de Salud Mental en la Ley General de Salud⁴³. En este sentido, desde la perspectiva legal, la atención y el desarrollo de investigación en salud mental deben responder a los derechos fundamentales de dignidad, autonomía y accesibilidad mostrados en la tabla 1, en donde la atención comunitaria, participativa y con perspectiva de género queda descrita. Asimismo, se estableció en la ley la necesidad de privilegiar la autonomía de las PDFP, garantizando su capacidad jurídica y buscando su recuperación e inclusión social. Finalmente, se estableció la relevancia de desarrollar programas, capacitar al personal sanitario en materia de derechos humanos y supervisar su consolidación en el tiempo, acorde con el contexto de los servicios de salud^{23,43}.

Si bien es cierto que la reforma antes descrita representa un avance en materia de atención de las PDFP, hay que señalar que ha tenido dificultades para su implementación, algunas de ellas relacionadas con el ejercicio de la capacidad jurídica de las PDFP acerca de sus derechos y obligaciones⁴⁴. Lo anterior lleva al uso indiscriminado y no justificado del estado de interdicción, el cual es el estado jurídico en que se encuentra una persona al carecer de las aptitudes necesarias para gobernarse y administrar personalmente sus bienes, siendo declarada judicialmente como «incapaz». Esto impulsa que las PDFP deban tener un tutor para cuidarlas, administrar sus bienes y representarlas en cualquier acto jurídico⁴⁴. La interdicción sustituye la voluntad de las personas porque se designa a una persona tutora que ejercerá su capacidad jurídica, tomando las decisiones por ella⁴⁵.

A pesar de que en 2021 la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que la interdicción es inconstitucional y discrimina a las personas con diversidad funcional⁴⁵, hasta el día de hoy el estado de interdicción sigue vigente en los códigos civiles del país (Código Civil Federal, Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares), sin existir una posición legal que garantice los principios de igualdad, no discriminación y dignidad para las PDFP en ciertos contextos y condiciones⁴⁴. Lo anterior sigue siendo una debilidad para la protección de los derechos humanos de estas personas⁴⁶. Finalmente, el 7 de junio de 2023 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares, cuyas

disposiciones aun se encuentran sujetas a una entrada en vigor gradual⁴⁵. En este contexto, se requiere que los congresos locales de México reformen sus códigos civiles y sus leyes con el fin de brindar una alternativa a la interdicción⁴⁷.

La negación de la capacidad jurídica de las PDFP representa una grave vulneración de sus derechos. En septiembre y octubre de 2022, el Instituto de las Personas con Diversidad Funcional, en colaboración con el Centro Iberoamericano de Formación en Derecho Internacional y Derechos Humanos, llevó a cabo un proceso de consulta hacia las personas con diversidad funcional, sus representantes y miembros de la academia, la sociedad civil y el gobierno⁴⁸. El objetivo de dicha consulta fue recabar propuestas para una eventual regulación en la materia y con ello armonizar de manera eficiente lo establecido en la CDPD. Entre las propuestas destacan las siguientes:

- Fomento de un enfoque biopsicosocial que cuestione los modelos biomédicos y adopte los factores sociales y económicos, los derechos humanos y la interseccionalidad.
- Trato bajo los principios de respeto a la dignidad, la autonomía individual y la independencia.
- Acceso a información clara y accesible. Además, eliminar toda forma de discriminación y estigmatización, promoviendo el empoderamiento a través de programas de alfabetización en salud y derechos.
- Promoción del ejercicio de la autonomía: la persona debe ser libre de tomar decisiones que afecten su vida.
- Asignación de recursos y financiamiento adecuado para programas que apoyen el ejercicio de la capacidad jurídica y la autonomía, incluyendo ajustes razonables, sistema de apoyo y mejora de la accesibilidad de los servicios y espacios públicos.
- Reemplazo de sistemas de sustitución por sistemas de apoyo que respondan a las necesidades específicas de cada persona, con perspectiva interseccional, entre los que destacan: 1) sistema de apoyos y cuidados, universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad; 2) directrices anticipadas de voluntad; 3) red de apoyo con personas de confianza (familia, amistad, conocido) o del equipo multidisciplinario en salud; 4) apoyos excepcionales, determinados por un juez, ante casos concretos en los que la persona no puede expresar su voluntad; 5) contemplar las salvaguardias necesarias para proteger los derechos de las PDFP, considerando la aptitud de cada persona; 6) desarrollo de entornos inclusivos y seguros;

7) capacitación y sensibilización de todos los sectores de la sociedad en derechos humanos, lenguaje inclusivo y estrategias de comunicación efectiva; 8) capacitación y asesoría multidisciplinaria a las familias con PDFP de alta dependencia o diversidad funcional múltiple; 9) garantizar la participación significativa y central de las PDFP; y 10) marcos jurídicos claros y bien aplicados que protejan los derechos⁴⁹.

Lo antes descrito son ajustes razonables que buscan garantizar el ejercicio pleno de derechos y la autonomía de las PDFP, contribuyendo a un sistema más equitativo, inclusivo y respetuoso de los derechos humanos, en el ámbito social, la prestación de servicios y el desarrollo de investigación.

Comités de bioética y su intervención para garantizar la calidad de la atención y el desarrollo de investigación para personas con diversidad funcional psicosocial

Actualmente, la atención y el desarrollo de investigación en salud mental se enfrentan a diversos desafíos que evidencian la necesidad de fomentar el análisis y el actuar ético, que favorezcan la toma de decisiones y protejan los derechos de las PDFP³⁴. Un ejemplo es la solicitud de internamiento hospitalario de una PDFP a petición de un familiar³⁴, lo cual puede comprometer el respeto a su autonomía²⁷. Si bien la valoración por psiquiatría busca orientar el consentimiento informado, al valorar la competencia de la persona, desde la perspectiva de la bioética lo esencial es la capacidad para tomar decisiones²⁷. En este sentido, el desafío bioético plantea la necesidad de analizar y acompañar el proceso de toma de decisiones del paciente y su familia³⁴.

Aunado a lo anterior, el respeto a los derechos humanos de las personas con una condición de salud mental implica la validación de las percepciones del usuario, y no únicamente la opinión de los cuidadores. Por lo tanto, es sumamente importante considerar las necesidades de las PDFP en las diversas etapas de la vida, en aspectos como planificación familiar (conocer las probabilidades de la heredabilidad de la condición de salud mental), empleabilidad remunerada, independencia, trayectoria de tratamiento e impacto en su interacción social y comunitaria, ya que la mayoría de los trastornos mentales coexisten a lo largo de la vida, y su adecuado manejo y el apoyo por parte de la red social son fundamentales.

El respeto a los derechos humanos y la respuesta a los diversos desafíos en el ámbito de salud mental

Tabla 2. Comités en el área de la salud mental

	Comité de bioética para la atención de la salud	Comité de ética e investigación
Propósito	Identificar, analizar y orientar la resolución de problemas éticos en la atención en salud, apoyar la toma de decisiones en la práctica de atención clínica	Garantizar que la investigación en seres humanos proteja en todo momento la seguridad y el bienestar de los participantes, conforme a los principios éticos y la normativa vigente
Funciones	<p>Promover los derechos humanos y un trato digno, equitativo y respetuoso de las personas usuarias y sus familias en la atención médica</p> <p>Atender consultas éticas, para orientar la toma de decisiones clínicas</p> <p>Dar seguimiento a casos clínicos complejos, manteniendo un carácter consultivo</p> <p>Emitir recomendaciones éticas fundamentadas</p> <p>Asesorar al personal de salud en la resolución de decisiones clínicas complejas</p> <p>Desarrollar criterios, orientaciones y políticas para una práctica clínica ética, con revisión periódica</p> <p>Fomentar la participación y la educación en bioética clínica</p>	<p>Salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes</p> <p>Evaluar y dictaminar protocolos de investigación con base en principios éticos, integridad científica, confidencialidad y valor social</p> <p>Impulsar la distribución justa de beneficios y responsabilidades de la investigación</p> <p>Dar continuidad a las resoluciones emitidas a investigaciones</p> <p>Vigilar el cumplimiento de la normativa aplicable y el reporte de eventos adversos</p> <p>Elaborar recomendaciones, lineamientos y guías éticas para la investigación y la docencia médica</p> <p>Informar sobre conductas sancionables y autorización de investigaciones y dilemas bioéticos</p> <p>Promover la formación interdisciplinaria y multisectorial en bioética e investigación</p> <p>Colaborar con otros comités de ética, autoridades sanitarias e instancias relacionadas</p>
Desafíos en los que puede participar	<p>Puede orientar y apoyar a las personas con diversidad funcional psicosocial a tomar decisiones informadas, y generar enlaces comunitarios que faciliten la recuperación</p> <p>Convocar a la discusión del tratamiento consentido o en su caso retiro</p> <p>En el ámbito comunitario, puede impulsar campañas para reducir el estigma hacia la salud mental</p>	<p>Actor que posicione la gobernanza en materia de investigación en salud mental, haciendo visibles las necesidades de financiamiento en el área</p> <p>Ser un espacio de fortalecimiento de la autonomía de las personas con diversidad funcional psicosocial, buscando que el personal de salud reflexione sobre las dinámicas de investigación en salud</p> <p>Posicionar la relevancia de generar investigación con relevancia social y sostenible, que en el mediano plazo fortalezca la atención con calidad y basada en la evidencia</p>

CONBIOÉTICA, 2015, 2016.

deben reflexionarse y atenderse en las instituciones que procuran atención a la salud o realizan investigación, así como en la comunidad en general. Desde el ámbito institucional, los CBAS (antes llamados Comités Hospitalarios de Bioética) y los CEI (antes llamados Comités de Ética en Investigación) son entidades que pueden apoyar a atender los retos y materializar lo plasmado en la reforma de salud mental mexicana del año 2022, así como lo señalado en la CDPD²³. Ambas instancias existen originalmente en el ámbito hospitalario, por lo que será un reto en el mediano plazo que puedan extender su intervención al ámbito comunitario^{7,8}.

En la [tabla 2](#) se describe el propósito de cada comité, sus funciones y algunos desafíos en salud mental en los cuales pueden incidir en el mediano plazo^{7,8}. En el caso del CBAS, es un órgano autónomo, interdisciplinario, de carácter consultivo, que interviene en conflictos acontecidos durante la atención médica, mientras

que el CEI es la instancia que salvaguarda la dignidad, los derechos y la seguridad de los participantes en una investigación⁸. De acuerdo con datos de la Comisión Nacional de Bioética, instancia que regula los CBAS y los CEI, hasta 2025, en el ámbito nacional, se contaba con el registro de 1497 CBAS y 519 CEI. En lo que respecta al ámbito de atención de la salud mental, con registro de 34 instituciones hospitalarias especializadas en psiquiatría, para 2025, el 91% de ellas contaba con CBAS, pero solo el 24% contaba con registro oficial vigente. En cuanto a los CEI, el 51% de las instituciones en algún momento lo instauraron, pero a la fecha solo el 15% cuentan con registro vigente⁹ ([Tabla 3](#)).

Lo anterior evidencia la necesidad de consolidar una estructura que participe e intervenga en los procesos de atención e investigación en salud mental³⁴. Un análisis realizado por Vicenteño y Consejo³⁴ en 2024 evidenció que, en general, la carencia de una estructura formal con objetivos claros y trabajo remunerado en el

Tabla 3. Hospitales psiquiátricos con comités de bioética en 2025

Condición de registro en CONBIOÉTICA	Comité de bioética para la atención de la salud (n = 34)	Comité de ética e investigación (n = 34)
Con algún registro en CONBIOÉTICA	91%	24%
Con registro vigente en CONBIOÉTICA	53%	15%

CONBIOÉTICA, 2026.

ámbito bioético, limita la protección constante y efectiva de los derechos humanos de las PDFP, y disminuye la responsabilidad del Estado en la creación de comités de ética que desarrollen estrategias de solución y actuación dentro de la cultura bioética de atención. Los comités de ética en el ámbito de la salud mental son esenciales para empoderar a la persona con un trastorno mental y a la comunidad, a través de la orientación y la educación en bioética que fomente la inclusión social y la protección de los derechos humanos³⁴.

La consolidación de los comités de ética requiere la participación activa del gobierno, la institución de salud mental y los diversos actores comprometidos y capacitados en los debates éticos, justos y respetuosos de la dignidad humana^{26,27,34}. En este sentido, el papel de los profesionales de la salud que integran el CBAS y el CEI, el primero en el ámbito de la atención y el segundo en el de la investigación, es maximizar los beneficios de las personas con diversidad psicosocial, maximizando la toma de decisiones libre e informada en relación al tratamiento y los nuevos esquemas de atención basados en el respeto a los derechos humanos.

Si bien es cierto que ha habido diversos avances en investigación y atención a la salud mental, aún existen grandes áreas en las que se requiere profundizar, como el desarrollo de herramientas diagnósticas y un sistema de clasificación de los trastornos mentales considerando la comorbilidad, el desarrollo de intervenciones costo-efectivas y seguras, la identificación de metas terapéuticas vinculadas con la calidad de vida y la diversidad psicosocial, y la identificación de estrategias que reduzcan el estigma y el autoestigma en los servicios de salud mental y en la comunidad⁵⁰, ya que existe evidencia de que el estigma y autoestigma modifican la búsqueda de atención y la adherencia a las intervenciones en salud mental⁵¹.

Finalmente, dado que los CBAS en el ámbito de la atención y los CEI en el de la investigación deben garantizar los máximos beneficios en las PDFP, un

aspecto importante es que ambos interactúen en el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de la atención y la mejora de los procesos clínicos, incluyendo la perspectiva de diversidad funcional psicosocial, y la integración de equipos de investigación multidisciplinarios que permitan garantizar propuestas factibles, con impacto social y que mejoren la atención a la salud mental.

Conclusiones y recomendaciones

En la actualidad, la concepción de la atención a la salud mental se enmarca en el respeto de los derechos humanos. Al adoptar en este trabajo el término «persona con diversidad funcional psicosocial» se pretende abandonar el modelo médico-rehabilitador y resaltar el compromiso ético y legal con el modelo social, que reconoce la diversidad y la autonomía intrínseca del ser humano.

Aunque es cierto que se han realizado avances legislativos en materia de salud mental, la evidencia actual demuestra que las PDFP siguen enfrentando barreras estructurales que vulneran su bienestar, prácticas deshumanizadas, dinámicas paternalistas y una visión medicalizada que cierra sus oídos a la voz de las PDFP. Además, estas deficiencias se ven agravadas por un sistema de salud con recursos insuficientes, falta de equipos multidisciplinarios y una preocupante carencia de comités de bioética en todos los niveles de atención, lo cual limita la capacidad de organización institucional y comunitaria para actuar como salvaguardas efectivas de la dignidad humana.

El CBAS es fundamental para garantizar la seguridad clínica y el respeto absoluto a la libertad de cada persona, así como para ayudar a resolver los dilemas que surgen en la atención a la salud mental, contribuyendo a reducir la tensión entre la autonomía de las PDFP y los modelos tradicionales de protección que, en la práctica, derivan en la restricción de derechos. En el caso del CEI, su papel es crucial en el impulso de una agenda de investigación con orientación a la PDFP y sus familiares sobre la autonomía de su participación, así como para capacitar al personal de salud para realizar investigación de calidad, respetuosa de los derechos humanos y, sobre todo, que garantice el bienestar social con el mínimo costo para el sistema de salud.

Adicionalmente, los aspectos éticos que deben ser discutidos activamente en el CBAS y el CEI incluyen la autonomía, la colaboración y la participación activa de las PDFP, la no discriminación, la responsabilidad

profesional, la integridad científica, la práctica basada en la evidencia, el uso de nuevas tecnologías, la ayuda legal o jurídica gratuita, la asesoría fiscal, el apoyo bioético en los dilemas de la red de apoyo, la sensibilización en temas de salud mental, la necesidad de equipos multidisciplinarios, el abasto de medicamentos de calidad y el fortalecimiento de la infraestructura de los tratamientos no farmacológicos.

Considerando lo anterior, es apremiante que los comités de bioética contribuyan a garantizar el respeto de la dignidad y la autonomía de las PDPF por encima de las presiones de la red de cuidado o las instituciones. En el contexto de la atención, la interdicción constituye un ejemplo paradigmático de este problema, ya que sustituye la voluntad de la persona al delegar la toma de decisiones en un tutor. Esta figura no solo limita la autonomía, sino que refuerza desigualdades estructurales e incumple los estándares contemporáneos de derechos humanos. Dicho dilema se agudiza en contextos clínicos, particularmente en los tratamientos involuntarios, donde surge una tensión ética entre el respeto a la autonomía y los principios de beneficencia y no maleficencia, evidenciando riesgos como la asimetría de poder (uso de medidas coercitivas) y la falta de criterios claros (consenso en protocolos de actuación). Ante este escenario, será importante que los CBAS y los CEI contribuyan a lograr el reconocimiento pleno de la capacidad jurídica mediante modelos de apoyo. En México se observan avances relevantes a través de mecanismos como las directrices de voluntad anticipada en la Ley General de Salud, que garantizan el respeto a la capacidad jurídica en todo momento.

La atención a la salud mental no debe limitarse al individuo, sino que debe extenderse al ámbito comunitario que integre a la red de apoyo como célula fundamental para una inclusión social efectiva y digna. Así, la superación de los desafíos actuales exige un compromiso institucional con la gestión de una atención multidisciplinaria, la adopción de modelos de atención híbridos, la psicoeducación y las directrices de voluntad anticipada; las políticas públicas con un enfoque bioético son herramientas clave para garantizar que el derecho a la salud mental sea, por fin, una realidad para todos.

Financiamiento

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

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

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

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Las autoras declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Wang L, Nabi G, Zuo L, Wu Y, Li D. Impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and potential solutions in different members in an ordinary family unit. *Front Psychiatry*. 2022;12:735653. doi:10.3389/fpsy.2021.735653.
2. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: WHO; 2021. (Consultado el 09-04-2026.) Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>.
3. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. Ginebra: OMS; 2022. (Consultado el 08-04-2026.) Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
4. Ríos A, Ruperthuz Mariano. De manicomios a instituciones psiquiátricas: experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX. *Universidad Nacional Autónoma de México; Silex Universidad*; 2022. 640 p.
5. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación. Última Reforma 15-01-2026*. Ciudad de México; 7 de febrero de 1984.
6. Méndez JS, Pérez JA. *Salud mental: presupuesto y política nacional*. 8 de octubre de 2024. (Consultado el 09-04-2026.) Disponible en: <https://ciep.mx/salud-mental-presupuesto-y-politica-nacional/>.
7. Secretaría de Salud. *Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*. México; 2015.
8. Secretaría de Salud. *Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de ética en investigación*. México; 2016.
9. Comisión Nacional de Bioética. *Comités de bioética*. 2026. (Consultado el 11-02-2026.) Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/comites-de-bioetica>.
10. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. 5.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 947 p.
11. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Evolving definitions of mental illness and wellness. *Prev Chronic Dis*. 2009;7:A19.
12. Sarter M, Bruno JP, Parikh V. Abnormal neurotransmitter release underlying behavioral and cognitive disorders: toward concepts of dynamic and function-specific dysregulation. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32:1452-61. doi: 10.1038/sj.npp.1301285.
13. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9.
14. Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:165-75. doi: 10.2147/NDT.S58841.
15. Arenas ADP, Melo-Trujillo DE. Una mirada a la discapacidad psicococial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2021;26:69-83. doi: 10.17151/hpsal.2021.26.1.7.
16. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma* [Internet]. Colombia: MinSalud; 2014 [citado 2026 Feb 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>.
17. Secretaría de Salud. *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Servicios de Atención Psiquiátrica*. 2.º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. México; 2022. (Consultado el 02-03-2026.) Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>.

18. Canimas J. ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo Cero*. 2015;46:79-97. doi: 10.14201/scero20154627997.
19. Velarde V. Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Empresa y Humanismo*. 2012;15:115-36.
20. Victoria JA. Hablamos sobre discapacidad y derechos humanos. Naucalpan, Edo. México: Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias (CEDIP); 2015.
21. McGuire CA. What is disability history the history of? *Hist Compass*. 2024;22(6). doi: 10.1111/hic3.12813.
22. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental*. Ginebra: OMS; 2025. (Consultado el 10-02-2026.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
23. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo*. México; 2020.
24. De Lellis M. Ética, moral y políticas de salud mental. Buenos Aires; 2014. (Consultado el 09-02-2026.) Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/etica_moral_politica_en%20salud.pdf.
25. Palacios A, Románach J. El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. España: Ediciones Diversitas - AIES; 2006.
26. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N, Gooding P, Herrman H, Melillo A, et al. Ethical challenges in contemporary psychiatry: an overview and an appraisal of possible strategies and research needs. *World Psychiatry*. 2024;23:364-86. doi: 10.1002/wps.21230.
27. Yepes CE, Ocampo A. Ethics committees and mental health. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47:1-8. doi: 10.1016/j.rcp.2017.05.011.
28. Martínez JA. Garantías constitucionales del internamiento involuntario por trastorno mental en el Tribunal Constitucional Español y en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Bol Mex Derecho Comp*. 2023;56:137-70. doi: 10.22201/ij.24484873e.2023.166.18909.
29. Pérez M. Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. *Acta Bioeth*. 2019;25:85-94.
30. Clayton A, Miller R, Gambino M, Rowe M, Ponce AN. Structural barriers to citizenship: a mental health provider perspective. *Community Ment Health J*. 2019;56:32-41. doi: 10.1007/s10597-019-00490-w.
31. Del Yerro M de J, Rubio G, López-Muñoz F. Aspectos éticos de la atención a la salud mental durante la pandemia por Covid-19. *Revista Derechos Humanos y Educación*. 2020;(3):97-112.
32. Martínez J, Pujal M, Mora E. Ética del cuidado y atención pública en salud mental: un estudio de caso en Barcelona. *Salud Colect*. 2021;17:1-18. doi: 10.18294/sc.2021.2966.
33. Fletcher A, Crowe M, Manuel J, Foulds J. Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: an integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28:924-39. doi: 10.1111/jpm.12758.
34. Vicenteño AI, Consejo C. Proyecto de comités de bioética en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. *Revista Bioética UNAM*. 2024;(1). doi: 10.22201/pub.bioeticaunam.2024.1.18.
35. Cosgrove L, D'Ambrozio G, Herrawi F, Freeman M, Shaughnessy A. Why psychiatry needs an honest dose of gentle medicine. *Front Psychiatry*. 2023;14:1167910. doi: 10.3389/fpsy.2023.1167910.
36. Hidalgo F, Contreras G, Santos A, Flores V. La línea fina entre aliviar y enmascarar: reflexiones éticas en el uso de psicofármacos en salud mental. *Saluta*. 2024;(10):57-64. doi: 10.37594/saluta.v1i10.1399.
37. Tol WA, Le PT, Harrison SL, Galappatti A, Annan J, Baingana FK, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: research priorities for 2021–30. *Lancet Glob Health*. 2023;11:e969-75. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00128-6.
38. Obegu P, Armstrong J, Bartram M. Centering equity and lived experience: implementing a community-based research grant on cannabis and mental health. *Int J Equity Health*. 2022;21:113. doi: 10.1186/s12939-022-01722-4.
39. Green CR, Elwyn R, Hill N, Johnston-Ataata K, Kokanovic R, Maylea C, et al. A critical review of research into mental health consumers' perspectives on their physical health: is there an absence of consumers in the design, conduct, analysis and reporting of this research? *Front Public Health*. 2023;10:982339. doi: 10.3389/fpubh.2022.982339.
40. Randhawa A, Wood G, Michail M, Pallan M, Patterson P, Goodyear V. Safeguarding in adolescent mental health research: navigating dilemmas and developing procedures. *BMJ Open*. 2024;14:e076700. doi: 10.1136/bmjopen-2023-076700.
41. Tortella-Feliu M, Baños RM, Barrantes N, Botella C, Fernández-Aranda F, García-Campayo J, et al. Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clin Salud*. 2016;27:37-43. doi: 10.1016/j.clysa.2016.02.001.
42. National Alliance on Mental Illness. *Curso de familia a familia*. 2022. (Consultado el 10-02-2026.) Disponible en: <https://www.nami.org/>.
43. Ley General de Salud. Comunicado. Reformas a la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. México; 2026. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5778298&fecha=15/01/2026.
44. Pons JV, Sánchez J. Capacidad jurídica de personas con discapacidad: contexto mexicano en el Derecho Civil. *Perfiles de las Ciencias Sociales*. 2018;5:211-41.
45. Unidad General de Conocimiento Científico y Derechos Humanos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. *Apuntes sobre derechos de las personas con discapacidad*. Capacidad jurídica. Sistema Bibliotecario de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; 2023.
46. Pérez GM. Estado de interdicción frente a la discapacidad social. Un reto legislativo en México. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*. 2022;(17):310-43. Disponible en: <https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/1240/20230302-estado-de-interdiccion-frente-la-discapacidad-social-un-reto-legislativo-en-mexico.pdf>.
47. Human Rights Watch. México: inacción de los Estados en materia de capacidad jurídica. Las disposiciones sobre "interdicción" dañan a las personas con discapacidad y a las personas mayores. 2023. (Consultado el 10-02-2026.) Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2023/05/18/mexico-inaccion-de-los-estados-en-materia-de-capacidad-juridica>.
48. Indiscapacidad. Hacia un sistema de apoyos para las personas con discapacidad en la Ciudad de México. 2023. (Consultado el 10-02-2026.) Disponible en: <https://indiscapacidad.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/649/5cf/0f5/6495cf0f52fec649961843.pdf>.
49. Coalición México por los Derechos de las Personas con Discapacidad (COAMEX). *Plan Nacional para la Implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en México 2023-2033* [Internet]. México: COAMEX; 2023 [citado 2026 Ene 31]. Disponible en: https://coamex.org.mx/recursos/27_plan_nacional_para_la_implementation_de_la_convencion_sobre_los_derechos_de_las_personas_con_discapacidad_en_mexico_2023_a_2033_en_2023.pdf.
50. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45:11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129.
51. Aguirre A, Silva I, Billings J, Jiménez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020;20:1-22. doi: 10.1186/s12888-020-02659-0.

El derecho a la despedida: integrando a la niñez en el final de la vida en el contexto hospitalario

The right to say goodbye: integrating children into the end of life in the hospital context

Nancy E. Rangel-Domínguez 

División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor, Hospital General Dr. Manuel Gea González; Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

Resumen

Tradicionalmente, las políticas hospitalarias han excluido a los niños de las despedidas al final de la vida bajo el velo de la «protección», lo que a menudo conduce al aislamiento y a un cierre emocional fragmentado. Este artículo examina la necesidad ética y clínica de integrar a los menores en estos procesos, enmarcándolo tanto como un derecho fundamental como una medida preventiva de salud mental. Basado en el principio de las capacidades evolutivas y en la ética del cuidado, el estudio sostiene que la exclusión interrumpe la capacidad del niño para construir una narrativa coherente de la pérdida, aumentando así el riesgo de un duelo complicado. Reconocer a los niños como sujetos activos de derechos permite equilibrar su autonomía progresiva con su necesidad de apoyo clínico. En última instancia, fomentar despedidas inclusivas constituye un imperativo ético que facilita un duelo saludable y garantiza una atención paliativa verdaderamente integral y humanizada para toda la unidad familiar.

Palabras clave: Despedida. Final de la vida. Ética del cuidado. Cuidados paliativos. Duelo.

Abstract

Traditionally, hospital policies have excluded children from end-of-life farewells under the guise of “protection,” often leading to isolation and fragmented closure. This article examines the ethical and clinical necessity of integrating minors into these processes, framing it as both a fundamental right and a preventive mental health measure. Grounded in the principle of evolving capacities and the ethics of care, the study argues that exclusion disrupts the child’s ability to construct a coherent narrative of loss, thereby increasing the risk of complicated grief. Recognizing children as active subjects of rights allows for a balance between their progressive autonomy and their need for clinical support. Ultimately, fostering inclusive farewells is an ethical imperative that facilitates healthy bereavement and ensures truly comprehensive, humanized palliative care for the entire family unit.

Keywords: Farewell. End-of-life. Ethics of care. Palliative care. Grief/bereavement.

Correspondencia:

Nancy E. Rangel-Domínguez
E-mail: psicnancyrangel@gmail.com

Fecha de recepción: 12-12-2025
Fecha de aceptación: 21-05-2026
DOI: 10.24875/GCB.26000006

Disponible en línea: 09-07-2026
Gac Conbioet. 2026;15(54):42-48
www.gacetaconbioetica.com

3061-7960 / © 2026 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

Históricamente, la muerte de las personas ocurría en el seno del hogar, donde era posible que todos los miembros de la familia estuvieran presentes brindando acompañamiento a quien se encontraba falleciendo. Con independencia de su edad, los miembros de la familia participaban en los cuidados y en los ritos de despedida, favoreciendo así el proceso de duelo. Sin embargo, la modernidad ha traído consigo una medicalización de la muerte. La muerte pasó del hogar al hospital, con todo lo que ello implica: horarios rígidos, espacios con poca o nula intimidad para el acompañamiento, constantes visitas de los equipos de salud que interrumpen la dinámica paciente-familia, etc. Si bien este cambio ha permitido un manejo farmacológico e instrumental centrado en el control de los síntomas, también ha impuesto barreras físicas y burocráticas que rompen con la unidad familiar y limitan la posibilidad del acompañamiento en el final de la vida, un momento de gran vulnerabilidad¹.

El acompañamiento al final de la vida no debe entenderse solo como un beneficio para el paciente, sino como un derecho del sistema familiar. Agradecer, pedir perdón y decir adiós son tareas del final de la vida que no conocen límite de edad. Integrar a la niñez en este proceso no solo humaniza la atención médica, sino que además sienta las bases para un duelo saludable, transformando un momento de pérdida en una experiencia de amor y trascendencia^{2,3}.

El presente trabajo desarrolla una propuesta de intervención clínica sustentada en la ética del cuidado, enfocada en el acompañamiento de niños y niñas que acuden al hospital ante la inminente muerte de un familiar. El documento presenta los antecedentes éticos y los derechos de la infancia, así como los hitos del desarrollo cognitivo que permiten a los menores procesar el fenómeno de la muerte. Tras exponer las dimensiones psicológicas clave en esta población, se describen paso a paso los componentes de la intervención. El documento concluye con una reflexión sobre el valor terapéutico y humanizador de la visita infantil en el escenario de los cuidados paliativos.

Antecedentes

La ética del cuidado⁴

La ética del cuidado se centra en la importancia de las relaciones y la responsabilidad moral hacia los otros. Está fundamentada en el reconocimiento de que

el ser humano es vulnerable y requiere el cuidado de otros seres humanos. Esta perspectiva prioriza el contexto particular y las necesidades emocionales y de relación de las personas.

Para este modelo ético, el cuidado no solo consiste en procedimientos técnicos o clínicos, sino que se trata de un acto de comunicación y conexión que busca preservar la integridad y el bienestar de quienes están vinculados. Sus ejes principales son:

- La atención caso por caso: la atención se ofrece bajo la comprensión de la situación específica del paciente y su familia.
- La responsabilidad relacional: el deber ético nace del vínculo. Cuidar es una respuesta activa ante la necesidad del otro que sufre, tal como ocurre en las personas al final de su vida y sus familias.
- La superación del modelo técnico-centrista: propone que la atención en salud no solo debe centrarse en la curación física, sino también en la capacidad del profesional para «estar presente» y acompañar el mundo afectivo de las personas, incluidos los menores.

Asumir la ética del cuidado en el contexto del final de la vida implica reconocer que el paciente no es un individuo aislado, sino un ser que forma parte de una familia en la que existen integrantes de diferentes edades. Por tanto, facilitar el encuentro con sus seres queridos (incluyendo a los niños) no es una opción meramente administrativa, sino un imperativo ético que responde a la vulnerabilidad del enfermo y su familia, y los servicios de cuidados paliativos tienen la responsabilidad moral de proteger sus vínculos significativos en el final de la vida.

Detrás de la decisión de alejar a los niños del hospital durante el final de la vida de un familiar suele haber un deseo genuino de cuidarles; sin embargo, cuando a un menor no se le permite el acceso a la realidad de lo que sucede, su mente utiliza la imaginación para llenar los vacíos de información y crea escenarios que suelen ser mucho peores que la situación real³.

Desarrollo del concepto de muerte en la infancia⁵

Para que los niños y las niñas tengan una concepción completa o madura de la muerte deben integrar cinco componentes:

- Inevitabilidad: la comprensión de que la muerte es el final natural del ciclo de vida de todos los seres vivos.

- Universalidad: el entendimiento de que todos los seres vivos, incluidos ellos mismos, sus padres y los otros familiares, morirán en algún momento.
- Irreversibilidad: implica el reconocimiento de que, una vez que un organismo muere, no puede volver a la vida. Los niños más pequeños suelen confundir la muerte con el sueño o con un viaje del que se regresa. El concepto de irreversibilidad se alcanza después de los 5 años, cuando los menores comprenden que el daño de los órganos implica una disfunción del cuerpo o enfermedad y que el daño total está relacionado con la muerte. Sin embargo, los niños cercanos a esta edad suelen tener algunas dificultades para entender el principio de irreversibilidad y pueden pensar que la persona muerta aún “siente”.
- Cese de funciones (no funcionalidad): la capacidad de entender que las funciones vitales (respirar, pensar, sentir, latir el corazón, etc.) se detienen por completo.
- Causalidad: implica la comprensión de que la muerte está causada por el fallo de los órganos y no por castigos o solo factores externos, como la conducta de los menores.

Los niños de 6 años ya poseen las bases para comprender los procesos biológicos de manera general, y por tanto es posible y recomendable hablarles de la muerte utilizando términos biológicos sencillos. Esto ayuda a prevenir miedos innecesarios o confusiones derivadas del pensamiento mágico, facilitando procesos de duelo más saludables.

Cuando no se considera la capacidad de los menores para el entendimiento de la muerte se produce una exclusión sistemática que los priva de la oportunidad de procesar la pérdida de manera gradual, lo que puede derivar en^{5,6}:

- Sentimientos de culpa: el niño puede llegar a creer que su ausencia es castigo o que algo que hizo causó el alejamiento.
- Ansiedad por separación: se presenta como un miedo persistente a que otros familiares fallezcan de la misma forma o les abandonen sin previo aviso.

Beneficios de la participación de los menores en las despedidas^{3,4}

- Identificación de la realidad: ver al familiar permite que los menores comprendan la irreversibilidad y la causa biológica de la muerte.
- Identificación del equipo de salud como apoyo: los menores pueden identificar que en el contexto

hospitalario existe un grupo de profesionales comprometidos con el cuidado activo de su familiar enfermo, y esto puede disminuir la preocupación acerca del sufrimiento asociado al descontrol de los síntomas.

- Oportunidad de legado y cierre: participar en tareas como llevar un dibujo, leer un cuento o simplemente sostener la mano del enfermo, permite que los niños y las niñas se sientan útiles en el cuidado de su familiar.
- Sentido de pertenencia: al ser incluido, el niño se reconoce como un miembro valioso de su familia, que merece ser integrado en cada una de las acciones que se realizan para cuidar y despedir a un ser querido. El mensaje que recibe es: «en esta familia nos cuidamos y nos acompañamos, incluso en los momentos más difíciles».

El duelo en la infancia

Tras la pérdida, es normal y esperado que los menores presenten un proceso de duelo; sin embargo, este puede complicarse y presentarse como una respuesta desadaptativa a la pérdida, caracterizada por ansiedad debido a una separación crónica y un malestar emocional persistente que sobrepasa las capacidades de regulación del menor^{7,8}. En el duelo complicado en la infancia se presentan problemas internalizados (sentimientos persistentes de tristeza, apatía y pérdida de interés, ansiedad, preocupación excesiva por los familiares y por su propia salud, dolores físicos recurrentes) y problemas externalizados (agresión, irritabilidad y trastornos de la conducta en el hogar y la escuela). La atención del duelo en la infancia y la prevención de complicaciones requiere la realización de actividades de despedida que permitan que los menores entiendan y acepten la realidad de la pérdida⁷⁻⁹.

Principio de capacidad evolutiva¹⁰

Se define como principio de capacidad evolutiva el proceso por el cual los niños y las niñas adquieren progresivamente conocimientos, competencias y comprensión sobre sus derechos y cómo ejercerlos. Es un concepto fundamental del derecho internacional, introducido por la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce que el desarrollo del niño no es un estado fijo, sino un proceso continuo de maduración y aprendizaje, que se articula y sustenta en dos pilares:

- Artículo 5: establece que los padres o tutores tienen la responsabilidad de impartir orientación al

niño, pero especifica que deben hacerlo «en consonancia con la evolución de sus facultades». Esto transforma la autoridad parental de un poder absoluto a un rol de acompañamiento que se retira gradualmente.

- Artículo 12: garantiza que el niño pueda expresar su opinión en todos los asuntos que le afecten. La «capacidad evolutiva» es el criterio que permite determinar qué peso debe tener esa opinión en función de la edad y la madurez del menor.

La participación de los menores en los procesos de despedida hospitalaria no debe verse como una exposición innecesaria al sufrimiento, sino como el ejercicio de un derecho humano fundamentado en el principio de las facultades en evolución. Al reconocer la capacidad progresiva del niño para comprender la realidad y participar en decisiones que le afectan, conforme a los artículos 5 y 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, la bioética clínica debe transitar de un proteccionismo excluyente hacia una beneficencia que priorice la salud mental a largo plazo. Esta inclusión facilita el cumplimiento de las tareas del duelo y permite a los menores construir una narrativa coherente frente a la pérdida, factor determinante para prevenir el desarrollo de un duelo complicado derivado de la desinformación y el aislamiento.

La propuesta de intervención clínica

A continuación, se describe la propuesta de intervención clínica para que los niños y las niñas puedan participar de las despedidas a familiares gravemente enfermos en el contexto hospitalario. También se ofrecen pautas para las acciones del equipo a cargo de la visita.

Cómo facilitar la visita de los niños y las niñas al final de la vida¹¹⁻¹⁴

La clave para que la experiencia sea beneficiosa radica en la preparación y el acompañamiento. No se trata solo de permitir la entrada, sino de ofrecer acompañamiento y contención antes, durante y después de la visita.

ANTES DE LA VISITA: LA PREPARACIÓN ES PRIMORDIAL

- Identificar niños o niñas significativos para el paciente: los equipos de salud, particularmente el equipo de cuidados paliativos, deberán averiguar si en la dinámica familiar existen menores que

estén estrechamente vinculados con la persona al final de la vida y hacer el ofrecimiento de la visita con acompañamiento. El paciente o la familia deberán manifestar libremente el deseo de la visita hospitalaria e incluirlo como una solicitud de atención en un consentimiento informado.

- Evaluar el deseo del niño o la niña: una vez que se ha acordado la visita de los menores en el hospital, el equipo a cargo deberá indagar el sobre el deseo de los niños respecto a la visita. Será importante informar a los adultos de que la decisión del niño será tomada en cuenta para realizar o no la visita, y que en ninguna circunstancia se colocará al niño en una situación de coerción. Se deberá estar atento a frases como «debes pasar, él/ella te está esperando» o «solo necesita verte para estar mejor». El equipo de salud a cargo deberá detener y corregir estas manifestaciones, priorizando el deseo del menor.
- Indagar qué saben o imaginan los niños y las niñas: es importante conocer qué saben los menores acerca del estado de salud de su familiar, su nueva condición física y si requiere algún apoyo mecánico, como un respirador o una bomba de medicación. Para facilitar la expresión de información y pensamientos puede invitarse al menor a que realice un dibujo dándole esta indicación: «me gustaría que dibujaras la forma en que piensas que él/ella se encuentra en este momento en el hospital». Será importante motivar a los menores a incluir la mayor cantidad de detalles posibles en su dibujo.
- Ubicar en el contexto hospitalario: una vez que el niño o la niña ha realizado el dibujo, el profesional a cargo de la visita puede hacer algunas modificaciones sobre el mismo señalando el uso de aparatos en el paciente o bien haciendo correcciones a la forma en que los menores imaginan que se encuentran; por ejemplo, dibujar los ojos cerrados si es que se trata de un paciente sedado o bien incluir las bombas de alimentación.
- Descripción sensorial previa: los niños temen a lo desconocido, y el contexto hospitalario es hasta ese momento un lugar completamente nuevo para la mayoría de ellos, por lo que se deberá explicar de forma sencilla qué verán, olerán y escucharán. Además, será importante señalar que existen reglas dentro del hospital que deben ser respetadas por el bien de todos. En este punto también es importante indicar qué acciones pueden hacer los menores; por ejemplo, podemos dar la indicación «cuando estemos con tu mamá podrás tocarle

la mano, o la cabeza, o puedes tocar su carita, pero es importante que nos lavemos las manos antes y después de visitarla», o «no podemos tocar las máquinas, escucharás un ruido que viene de ellas, si el ruido se hace más fuerte vendrá una enfermera a revisar por qué está sonando, y podemos permanecer a lado de tu papá».

- Preparar visualmente al paciente: la visita de un niño o niña es un trabajo de equipo. La preparación puede realizarla un miembro del equipo médico o del área de psicología, pero es importante contar con el equipo de enfermería, que se encargará de brindar los cuidados necesarios al paciente con el objetivo de que este se encuentre «visible»; es decir, se procurará que se encuentre limpio, libre de señales de sangrado, o bien en una posición tal que el uso de aparatos sean menos impactante, como dar posición al equipo de intubación y si es posible limitar el volumen de los monitores.
- Asignar un «acompañante de seguridad»: es ideal que el niño esté acompañado por un adulto que sea el familiar menos afectado emocionalmente, o con mayores recursos de afrontamiento. Esa persona tendrá la responsabilidad de acompañar a los menores durante la preparación y la visita al pie de cama, será alguien que pueda salir de la habitación con el niño si este se siente abrumado, y le brindará contención y acompañamiento. Es altamente recomendable que el adulto que acompañe sea una persona que el niño o la niña identifica como confiable. Además, deberá contar siempre con la autorización de los tutores del menor; en este sentido, previo a la visita, el adulto a cargo deberá firmar un consentimiento informado donde se aclaren los objetivos de la visita. A los menores se les deberá solicitar su asentimiento.

DURANTE LA VISITA: FOMENTAR LA CONEXIÓN^{12,13}

- Promover el contacto físico natural: si el estado del paciente lo permite, invitar a los niños a tocar su mano, darle un beso o acariciar su brazo. El contacto físico ayuda a aterrizar la realidad de la situación. Deberán procurarse en todo momento las recomendaciones de higiene hospitalaria. En este sentido, el apoyo de enfermería es importante, ya que puede encargarse de la preparación del paciente y de la visita, dotar de los recursos necesarios (como batas o guantes) y dar las indicaciones correctas para el cuidado del paciente y los visitantes.

- Actividades con propósito: sugerir tareas que el niño o la niña pueda realizar para sentirse útil y que son significativas en su relación con su familiar enfermo. Se propone que reciba esta invitación como una propuesta y que, en caso de no querer hacerlo, no sea obligado por la familia ni por el equipo de salud. También será importante señalar que esta actividad puede ser una forma de cuidar o demostrar amor a su familiar enfermo, y se le pedirá que lo haga acorde a sus prácticas habituales.
- Normalizar las emociones: es positivo que el niño vea que los adultos están tristes o llorando; esto le da permiso para expresar sus propios sentimientos. Se puede decir «estoy llorando porque voy a extrañar mucho a mamá, pero estoy feliz de que estemos aquí con ella», y entonces motivarle para externar sus propias emociones: «dime, ¿tú cómo te sientes?, ¿también estás triste?». En este punto es importante que el profesional a cargo de la visita sea un modelo de la normalización de las emociones y guíe tanto al adulto como al menor, como se ha mencionado previamente.
- Visitas breves: las visitas de menores en el contexto hospitalario deberán ser breves y dirigidas. Previamente se les informará de cuánto tiempo podrán estar a lado de su familiar y se les indicará que el equipo de salud les irá informando de en qué momento tendrán que salir; esto permitirá que vayan preparándose para la despedida. Podemos emplear frases como «podrás estar con él durante 10 minutos, yo te avisaré cuando te queden 5 minutos y luego te diré cuándo debemos salir».

DESPUÉS DE LA VISITA: EL CIERRE NECESARIO^{13,14}

- Espacio para preguntas: al salir, es vital preguntar al niño o la niña «¿cómo te sentiste?» o «¿hay algo que no entendiste de lo que viste?». Será importante validar y normalizar las emociones expresadas. El equipo de salud, en particular el área médica, puede ser de gran ayuda para responder las preguntas, al tiempo que se refuerza la idea de que todos en el hospital están dispuestos a ayudarles a ellos y a sus familiares enfermos: «los que trabajamos en el hospital nos esforzamos para que las personas se sientan bien, incluso cuando están muy enfermas» y «nos aseguraremos de que tu familiar se encuentre cuidado todo el tiempo».
- Reafirmar el cuidado: asegurar al niño que, aunque su familiar está muriendo, él (el niño) seguirá siendo cuidado y protegido. Se puede ofrecer

acompañamiento psicológico posterior a la visita: «tu tía tiene el teléfono de la clínica, y si te sientes muy triste o quieres hablar con el equipo de psicología, puedes pedirle que llame para que platiemos».

- Validar el adiós: reforzar que el hecho de haber estado ahí fue un acto de amor muy importante para la persona enferma. Será recomendable que los diferentes integrantes del equipo que participaron de la visita destaquen lo importante que fue recibir al niño o la niña en el hospital, y cómo esto fue muy importante para el cuidado de su familiar.

Recomendaciones generales

Las visitas de menores al contexto hospitalario puede ser parte de la práctica habitual de una institución de salud, en particular del equipo de cuidados paliativos. La persona a cargo de la visita de niños y niñas debe ser preferentemente un profesional de psicología con conocimiento sobre el desarrollo infantil que le permita identificar el nivel cognitivo de los menores, así como contar con herramientas de contención emocional ante una posible crisis. Sin embargo, la visita de los menores no es una actividad exclusiva de psicología; el área médica puede participar informando a los niños sobre la condición de salud, empleando un lenguaje sencillo y libre de términos técnicos, e incluso empleando esquemas o imágenes que permitan el mejor entendimiento de la enfermedad. El equipo de enfermería será de gran ayuda al brindar los cuidados de dignidad del paciente, ofreciendo una imagen menos impactante y dolorosa para sus jóvenes visitas.

Conclusión

El acompañamiento al final de la vida es un imperativo de la ética del cuidado, la cual nos compromete a reconocer y responder a la vulnerabilidad del otro a través del vínculo y la presencia. A lo largo de este documento se ha expuesto cómo el afán de «proteger» a la infancia mediante el silencio ha levantado barreras que, lejos de mitigar el dolor, privan a los menores de las herramientas necesarias para integrar una concepción de la muerte saludable como parte del ciclo natural de la vida.

La implementación de protocolos institucionales que incluyen la visita de despedida de niños y niñas permite que el hospital deje de ser un espacio de exclusión para transformarse en un escenario de encuentro y cierre. Al aplicar el principio de capacidad evolutiva, la práctica clínica reconoce a los niños no como

espectadores pasivos, sino como sujetos de derechos con una autonomía progresiva que les permite participar en la despedida según su nivel de entendimiento de la muerte. Esta medida preventiva es fundamental contra el duelo complicado, pues permite al menor conservar sus vínculos y construir una narrativa de pérdida cargada de sentido.

Como profesionales de la salud, y específicamente desde los equipos de cuidados paliativos, la labor primordial es garantizar la dignidad del adiós. Parte de la labor del paliativista implica asegurar que nadie, sin importar su edad, sea privado de la oportunidad de expresar gratitud y amor en los momentos finales. Al sustituir el aislamiento por la participación informada no solo se facilita un duelo saludable para los más pequeños, sino que se fortalece el tejido familiar en su momento de mayor fragilidad, devolviendo a la muerte su dimensión más profundamente humana.

Limitaciones

La propuesta de intervención presentada en este documento muestra limitaciones que es importante tomar en consideración:

- La propuesta se elaboró considerando las condiciones de hospitales que cuentan con equipos multidisciplinarios, por lo que su aplicación en instituciones que no disponen de este recurso requerirá adaptaciones acordes al contexto y la cultura.
- La revisión de los documentos que dan sustento teórico se realizó sin el objetivo de ser una revisión sistemática, por lo que es posible que referencias valiosas no hayan sido revisadas.
- Al momento no se cuenta con datos de evaluación de los efectos de la propuesta presentada, pero el objetivo de este artículo no era presentar dichos resultados, sino reflexionar sobre la importancia de la participación de los menores en el proceso de despedida.

Agradecimientos

La autora agradece la participación de la Psic. A.A. Hernández-Ortiz por la revisión del texto previo para su corrección.

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, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

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

Referencias

1. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18:2541-8.
2. Mastroianni A, Di Paolo M, Di Luca NM, Del Rio A, Marinelli S. The 'gray zone' in pediatric end-of-life care: bioethical and medico-legal reflections. *Front Pediatr*. 2025;13:1599837. doi: 10.3389/fped.2025.1599837.
3. Benavides-Delgado J, Rosero Pepinosa AP. Comprensión de la muerte y elaboración del duelo en niños durante la pandemia. *Inf Psicol*. 2024;24:10-21. doi: 10.18566/infpsic.v24n1a01.
4. Alvarado A. La ética del cuidado. *Aquichan*. 2004;4:30-9.
5. Slaughter V. Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*. 2005;40:179-86. doi: 10.1080/00050060500243426.
6. Nader K, Salloum A. Complicated grief reactions in children and adolescents. *J Child Adolescent Trauma*. 2011;4:233-57. doi: 10.1080/19361521.2011.599358.
7. López MM, Chiroque MG. Duelo en niños: una revisión teórica. *Rev Psicol*. 2023;13:97-111.
8. Raveis VH, Siegel K, Karus D. Children's psychological distress following the death of a parent. *J Youth Adolescence*. 1999;28:165-80.
9. Kirwin KM, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2005;18:62-78. doi: 10.1111/j.1744-6171.2005.00002.x.
10. Lansdown G. La evolución de las facultades del niño. Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF; 2005. (Consultado el 18-04-2026.) Disponible en: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/EVOLVING-s.pdf>.
11. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*. 2023;13:e067304. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067304.
12. Correia T, Martins MM, Barroso F, Pinho L, Longo J, Valentim O. Atención centrada en el paciente y la familia para promover la seguridad de los pacientes hospitalizados: una exploración de los procesos de gestión y atención de enfermería. *Nurs Rep*. 2025;15:260. doi: 10.3390/nursrep15070260.
13. Massachusetts General Hospital. Apoyar a los niños hasta el final de la vida de una persona. Boston: MGH ALS Multidisciplinary Clinic; 2024. (Consultado el 30-01-2026.) Disponible en: <https://www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/neurology/als/11-supporting-children-through-the-end-of-someones-life-spanish.pdf>.
14. Abraján Nogueada IA, Bernal Soto GR, Ramírez Barrientos A. Comunicación de malas noticias en oncología pediátrica: revisión narrativa sobre desafíos, modelos y cuidados paliativos en el contexto mexicano. *Arandu UTIC*. 2025;12:319-28. doi: 10.69639/arandu.v12i4.1674.

Conversación con la Dra. Ingrid L. Brena Sesma

Conversation with Dr. Ingrid L. Brena Sesma

CONBIOÉTICA

El mes de mayo pasado, la Comisión Nacional de Bioética tuvo la oportunidad de conversar con la Dra. Ingrid Lilian Brena Sesma, pionera en Iberoamérica en la reflexión jurídica sobre bioética. Su trayectoria abarca temas fundamentales como la donación de órganos, la voluntad anticipada –cuya investigación impulsó la primera ley mexicana en la materia–, la reproducción asistida y el bioderecho. Destacó como miembro del primer Consejo Asesor de esta Comisión (2005-2007), fundadora de la Red Internacional de Bioderecho y miembro del Comité Director de la Red Bioética de la UNESCO, además de formar a generaciones de especialistas en la Universidad Nacional Autónoma de México.

En esa charla se exploró la interdependencia entre el derecho y la bioética para regular los avances científicos que impactan la dignidad humana, abordando desafíos críticos como el consentimiento informado, la vulnerabilidad en investigación, la edición genética, la inteligencia artificial en salud y los derechos al final de la vida.

Desde su experiencia como jurista y estudiosa de la bioética, ¿cómo se ha configurado su perspectiva interdisciplinaria entre el derecho, la bioética y la salud?

A primera vista, bioética y derecho son disciplinas distintas; sin embargo, ambas tienen un objetivo común,

que es enfrentar los cambios producidos por los avances de la ciencia y la tecnología que inciden directamente en el ser humano, y como parte de ellos, los relacionados con la protección de la salud. Entre estas disciplinas existen interconexiones innegables. Corresponde a la bioética la reflexión y la elaboración de criterios de orientación y de puntos de partida para la toma de decisiones destinadas a limitar los excesos que cualquier agente público o privado pudiera causar a una persona. Esa reflexión permite establecer los criterios de carácter legal que pueden ser reconocidos y sancionados por el orden normativo. A su vez, la bioética también requiere de ese orden para concretizar derechos y deberes. Corresponde al derecho establecer cuándo y en qué condiciones se puede interrumpir un embarazo o cuándo se puede declarar la pérdida de la vida –ejemplos de temas típicos de la bioética–.

El diálogo y la reflexión propios de la bioética, además de adaptarse a cada caso particular, han ido aportando un entramado axiológico a lo largo de varias décadas, el cual ha sido recogido por declaraciones universales tales como la de bioética y derechos humanos. El contenido de estos documentos ha logrado universalizar un conjunto mínimo de principios que comparte hoy en día la humanidad, convirtiendo a estas declaraciones internacionales en valiosos documentos que, al mismo tiempo, son bioéticos y jurídicos.

Correspondencia:

Conbioética

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

Fecha de recepción: 27-05-2026

Fecha de aceptación: 27-05-2026

DOI: 10.24875/GCB.M26000017

Disponible en línea: 09-07-2026

Gac Conbioet. 2026;15(54):49-51

www.gacetaconbioetica.com

La bioética suele ser un proceso de diálogo y reflexión que puede adaptarse a cada caso particular, mientras que la ley tiende a ser más rígida y general. ¿Cómo interactúan estas dos fuerzas en la práctica clínica diaria? ¿Qué pasa cuando un médico sigue estrictamente la norma legal (biodecho), pero siente que está violando un principio ético fundamental, o cuando la ética sugiere una solución que la ley aún no ha contemplado?

Usualmente se identifica al derecho con la ley, y esto no es así. El derecho es un complejo de normas de distintas clases: unas generales, como las leyes o los reglamentos; otras individualizadas, como las resoluciones administrativas, las sentencias de los tribunales o los contratos. En cualquier caso, para aplicar una norma, esta debe ser interpretada, a veces en forma literal cuando ello es suficiente, pero en otras se requiere la aplicación de principios que el mismo derecho reconoce como guía general para la interpretación y la aplicación de la norma. Tal es el caso de los principios de dignidad humana, autonomía, igualdad y no discriminación. La aplicación del principio permite que la norma deje su rigidez y se adapte con mayor precisión al caso concreto.

Al derecho no le corresponde dictar al médico y al científico cómo actuar, pero sí le corresponde establecer límites a su conducta cuando esta pueda dañar a las personas. Difícilmente la aplicación de una norma, en los términos que he descrito, puede violar un principio ético fundamental. En el caso de que la ética sugiera solucionar un problema no contemplado por la norma, la solución será bienvenida, pues esta no puede abarcar todas las situaciones que la realidad contempla; la reflexión bioética le será de gran ayuda siempre y cuando esta no viole ninguna norma.

En su opinión, ¿cuáles son hoy los principales desafíos para garantizar un consentimiento informado auténtico en sistemas de salud marcados por las desigualdades?

El consentimiento informado es un claro ejemplo de coincidencia entre bioética y derecho; este último reconoce la voluntad libre, exenta de vicios como el error o la falta de información, y la protege. Conviene distinguir entre la voluntad manifestada por las personas que aceptan sujetarse a investigaciones médicas y las expresadas por personas en su calidad de pacientes para aceptar o rechazar los tratamientos médicos que les son ofrecidos.

En todo caso, el consentimiento informado debe ser comprendido como un proceso, cuya parte esencial es la transmisión de información. No se trata de recitar ciertos datos en un lenguaje difícil de entender para el posible sujeto de investigación o para el paciente; por el contrario, el desafío es que la información que se proporcione sea la adecuada al nivel de entendimiento de la persona, es decir, a la madurez, inteligencia, educación, creencias y costumbres de cada individuo.

De especial atención es la capacidad de la persona, pues quienes carezcan de ella deberán ser tratados de forma especial. Resulta recomendable asegurarse de que la persona que emita el consentimiento se encuentre libre de cualquier tipo de coacción.

¿Cómo debería el derecho responder a las distintas formas de vulnerabilidad en investigación y atención en salud, sin caer en prácticas paternalistas?

La sociedad mexicana es compleja y variada; existen grandes sectores carentes de una educación aceptable o de un nivel económico suficiente para responder a sus necesidades, entre ellas, a una atención médica adecuada. Estas deficiencias hacen vulnerable a una población, aunque la fragilidad también puede ser consecuencia de la vejez o la larga edad de las personas.

Esta vulnerabilidad debe ser tomada en cuenta por los prestadores de servicios médicos, pero siempre esta toma de conciencia debe ir unida a un respeto a la dignidad de la persona. Esto implica reconocer su autonomía, preservar su intimidad, garantizar un trato igualitario y respetar sus demás derechos humanos; esta es la clave para evitar el paternalismo.

En el caso de los sujetos de investigación, la vulnerabilidad se genera por una falta de regulación sobre la prevención o, en su caso, la compensación por los daños que la investigación les puede causar, sumado al nulo reconocimiento de su participación en los beneficios que dicha investigación genere.

Frente a avances como la edición genética, la inteligencia artificial en salud o la medicina personalizada, ¿qué retos ético-jurídicos considera más urgentes?

Las técnicas de ingeniería genética, entre ellas la edición genética, han sido consideradas propias del quehacer científico y alejadas del ámbito del derecho; sin embargo, ahora son visualizadas como una amenaza para bienes jurídicos tan importantes como el futuro de la especie humana. Resulta, por demás, apremiante

una legislación que defina cuáles son los bienes que merecen protección y, consecuentemente, cuáles son los derechos que deben ser protegidos. Se requiere la perspectiva de los científicos, pero también la de los involucrados; en estos casos, la reflexión bioética resulta de vital importancia.

Por su parte, la inteligencia artificial introduce un cambio radical en la atención médica: diagnósticos rápidos y precisos, o uso de robots en procedimientos quirúrgicos, entre otros avances. No obstante, estas modificaciones no están exentas de riesgos éticos, como la invasión a la privacidad de los pacientes o el desigual acceso a las tecnologías avanzadas, por nombrar algunos ejemplos.

Por ello, se requieren bioeticistas y juristas dedicados a descubrir los beneficios y los daños que los avances tecnológicos producen en los seres humanos; pero también se precisa, con urgencia, una legislatura sensible, informada y estudiosa, capaz e interesada en regular las conductas encaminadas a generar mayores beneficios y menos perjuicios para la humanidad.

Las leyes no nacen en el vacío; reflejan los valores morales de una época. ¿Podría darnos ejemplos de cómo algunos conceptos jurídicos que antes eran aceptados moralmente (como ciertas prácticas médicas o definiciones de familia) han cambiado radicalmente? ¿Qué nos dice este cambio sobre la capacidad de la ley para adaptarse a la evolución de nuestra sociedad?

He mencionado ya la interacción de bioética y derecho. Hay varios ejemplos de ella, como la implementación del consentimiento informado en la práctica médica, la declaración de pérdida de la vida necesaria para el trasplante de órganos, el reconocimiento de las pruebas genéticas para determinar una relación de paternidad o maternidad, o la aceptación de la filiación surgida por técnicas de reproducción asistida. Hay que reconocer que los avances tecnológicos van más rápido que la regulación jurídica, pero antes de cuestionar la capacidad de la ley para adaptarse a los cambios debemos pensar en la falta de interés de los legisladores para gestionar los cambios que se requieren.

¿Podría darnos un ejemplo concreto en que la bioética haya sido la «semilla» que permitió que surgiera una nueva ley de bioderecho para proteger a los pacientes?

Un claro ejemplo del paso de la bioética al derecho han sido las manifestaciones anticipadas de voluntad.

El reconocimiento del derecho del paciente a manifestar su voluntad sobre los tratamientos médicos que admitirá —si son proporcionados y cuáles no— para el caso de que se encuentre en una situación que le impida expresar sus deseos en forma directa partió de una lucha contra el paternalismo en la relación médico-paciente y ha sido objeto de estudio de la reflexión bioética. Por su parte, el derecho consideró que esas manifestaciones cumplían una función socialmente trascendente y detectó un bien jurídico digno de protección: la autonomía del paciente. De tal manera, diversos órdenes jurídicos en el mundo, incluido el nuestro, actualmente las regulan.

Finalmente, ¿cuáles considera que son los temas emergentes y los retos inmediatos que la bioética, en diálogo con el derecho y la salud, debe abordar en los próximos años?

Por un lado, los avances de la ciencia y la tecnología irán planteando nuevos temas, como los ya mencionados de la edición genética y la inteligencia artificial, a los que se suman otros como los biobancos o la utilización de xenotrasplantes y de células troncales en la investigación. Además, hay temas sociales que, por haber sido relegados, ahora se vuelven urgentes de atender, tales como el abordaje de la situación de personas con algún tipo de discapacidad física o mental, y en este segundo caso distinguir los diferentes tipos y grados de discapacidad que se pueden presentar en una persona para darle una atención lo más precisa posible.

El rápido envejecimiento de la población ha propiciado el interés por revisar los aspectos éticos del final de la vida y el reconocimiento de derechos que, si bien son los mismos de cuando la persona era joven, ahora deben protegerse y ejercerse de manera distinta, como la autonomía para tomar decisiones relativas a su estilo de vida, decidir los cuidados paliativos que desee recibir, evitar la obstinación terapéutica y, en su caso, optar por la eutanasia.

En conclusión, la bioética y el derecho tienen objetivos comunes: deben fomentar, desde sus trincheras, el respeto a la dignidad y los derechos humanos en la prestación de servicios médicos de salud, y fomentar que la investigación científica atienda criterios éticos de pertinencia e integridad científica. Una buena difusión de la cultura bioética entre la sociedad auxiliará en el logro de estos objetivos.

Obras de interés sobre ética y bioética

Works of interest on ethics and bioethics

CONBIOÉTICA

Gaceta CONBIOÉTICA invita a la lectura de las siguientes obras:

Complex Ethics Consultations: Volume 2: Cases That Haunt Us in a New Era

Editores: Denise M. Dudzinski, Kaarkuzhali Babu Krishnamurthy y Paul J. Ford

Editorial: Cambridge University Press & Assessment

Lugar: Reino Unido

Año: 2026

DOI: 10.1017/9781009400886

La obra es el segundo volumen de una serie sobre casos reales analizados por consultores en ética clínica. Los editores abrieron una convocatoria para la recepción de casos, la cual obtuvo una respuesta muy favorable. Este tomo refuerza dos ejes centrales: la atención a los aspectos emocionales que atraviesa la labor de los consultores y la incorporación de autores históricamente poco representados, lo que muestra un firme compromiso con la equidad, la diversidad y la inclusión.

Cada caso se presenta en un formato breve y estructurado, que abarca desde la narrativa inicial hasta las reflexiones finales y su conclusión. La obra contiene 33 capítulos, organizados en ocho secciones temáticas: dilemas perinatales; casos centrados en la infancia y la adultez joven; neurodiversidad, discapacidad y respeto; toma de decisiones al final de la vida; dispositivos y técnicas de alta tecnología; pandemia y contexto rural; admisiones, estancias y altas complejas; y cuestiones de ética organizativa. El texto busca acompañar a los consultores en una reflexión afectiva

profunda e invitarlos a fortalecer sus habilidades y metodologías para el análisis ético.

Consenting Children. Autonomy, Responsibility, Well-Being

Editores: Lisa Forsberg, Isra Black y Anthony Skelton

Editorial: Liverpool University Press

Lugar: Reino Unido

Año: 2025

ISBN:9781836245674 (Tapa dura)

ISBN: 9781836249504 (PDF) | ISBN: 9781836249573 (ePub)

El libro forma parte de la colección «Actas de la Academia Británica» y aborda, desde una perspectiva interdisciplinaria, el trato diferenciado que reciben los niños y los jóvenes adultos en los ámbitos jurídico y ético. Los editores ponen de relieve la necesidad de combinar el análisis práctico y teórico cuando se trata de situaciones particularmente delicadas, como la atención sanitaria, la sexualidad y la justicia penal.

Con la participación de filósofos y juristas académicos, el texto examina el papel, las facultades y los deberes de los menores, sus progenitores y las instituciones que les rodean. En este marco se analizan la autonomía, la responsabilidad y el bienestar infantil. La obra está estructurada en 15 capítulos distribuidos en tres secciones temáticas: consentimiento y capacidad de los niños; consentimiento de los niños y otras partes; y responsabilidad de los niños. Este volumen brinda una valiosa oportunidad para la reflexión y el debate académico sobre una etapa de la vida que

Correspondencia:

Conbioética

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

Fecha de recepción: 29-05-2026

Fecha de aceptación: 29-05-2026

DOI: 10.24875/GCB.M26000018

Disponible en línea: 09-07-2026

Gac Conbioet. 2026;15(54):52-53

www.gacetaconbioetica.com

requiere una regulación cada vez más matizada y sensible a sus particularidades.

Rethinking Conscientious Objection in Health Care

Autores: Alberto Giubilini, Udo Schuklenk, Francesca Minerva y Julian Savulescu
 Editorial: Oxford University Press
 Lugar: Estados Unidos de América
 Año: 2025
 DOI: 10.1093/9780197786567.001.0001

Esta obra de acceso abierto plantea que, a medida que las sociedades se vuelven más pluralistas y la gama de opciones médicas se amplía, es inevitable que el problema de la objeción de conciencia en la atención médica se agrave y requiera un análisis y una regulación éticos exhaustivos.

El libro –que consta de cuatro capítulos: conciencia, libertad de conciencia y objeción de conciencia; el argumento en contra de la objeción de conciencia: sobre el significado y la relevancia ética del profesionalismo; cómo refutar los argumentos a favor de la objeción de conciencia; y casos específicos– pone en el centro las obligaciones profesionales y éticas de los profesionales médicos.

Impostores de la ciencia. Historias reales de fraude y engaño en la ciencia

Autor: Lluís Montoliu
 Editorial: Pinolia
 Lugar: España
 Año: 2026
 ISBN: 979-13-88075-13-1

El libro es una continuación de la obra de Montoliu «No todo vale. ¿Qué hace un científico hablando de ética?» (2024). En esta ocasión se centra en la integridad científica. A través de diversos casos documentados de fraude y engaño, el autor expone cómo la falsificación o la manipulación de resultados, así como el incumplimiento de los códigos de buenas prácticas, comprometen no solo la credibilidad individual sino también la confianza social en la ciencia y el prestigio de la comunidad investigadora.

La obra busca poner el foco de atención en la formación en integridad científica. Si hay credibilidad en la ciencia, esta se legitima. Lo anterior incluye reflexionar sobre las propias fallas del sistema científico y sus prácticas.

Principles of Biomedical Ethics

Edición: Novena
 Autores: Tom L. Beauchamp y James F. Childress
 Editorial: Oxford University Press
 Lugar: Estados Unidos de América
 Año: 2026
 ISBN: 9780197832639

Esta obra clásica de la bioética integra temas de vanguardia, aunado al desarrollo y la defensa de los cuatro principios de la ética médica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se integran novedades, como la inteligencia artificial en medicina, con especial atención a la imagenología mamaria y la predicción de preferencias de pacientes incapacitados. Aborda temas contemporáneos sobre la asistencia médica para morir, la interrupción voluntaria de la alimentación y de la hidratación, la sedación terminal y el racionamiento en la atención sanitaria durante las pandemias. También se clarifican términos y se integran citas anotadas y conceptos clave.

El libro contiene 10 capítulos organizados en tres partes: fundamentos morales, principios morales, y teoría y método. Esta novena edición complementa el legado de la primera (1979), la cual ha sido clave para el estudio de la bioética.

Current Bioethics. Trends and Debates

Editores: David Cerdio Domínguez y María Elizabeth de los Ríos Uriarte
 Editorial: Springer
 Lugar: Suiza
 Año: 2026
 ISBN 978-3-032-25293-7
 ISBN (eBook) 978-3-032-25294-4

Esta obra colectiva explora los nuevos paradigmas en la atención sanitaria y los debates contemporáneos en bioética. Está organizada en varias secciones temáticas que abordan desde fundamentos filosóficos y éticos hasta desafíos globales, tecnológicos y educativos en el ámbito de la salud.

El libro es una contribución relevante y actualizada que invita a repensar la atención sanitaria desde una perspectiva multidisciplinaria, ética y humanista. Ofrece herramientas conceptuales y prácticas para afrontar los retos de la medicina contemporánea, promoviendo la justicia, la equidad y el respeto a la dignidad humana en un mundo en constante transformación.

Carta al editor

Letter to the editor

Gustavo F. Olaiz-Barragán

Subdirección de Políticas Públicas y Bioética; Comisión Nacional de Bioética. México

Me permito escribirle para compartir una breve reflexión en relación con el artículo «Conocimiento y actitudes sobre la objeción de conciencia en el primer nivel de atención», publicado en el número 53 de la revista. Al respecto, este trabajo refiere algunas inconsistencias en cuanto a las obligaciones del personal de salud hacia las personas usuarias de los servicios, así como la conceptualización de la objeción de conciencia como un derecho del personal de salud.

Es importante advertir el relativismo moral de los autores al sostener la idea de que «todos tenemos valores que deben ser respetados» sin reconocer ningún tipo de distinción entre ellos, e imputándoles de manera tácita una suerte de equivalencia, lo cual es insostenible, pues si se adopta un relativismo estricto, los valores morales, como los derechos humanos, se convierten en meras convenciones culturales, sin autoridad para cuestionar prácticas que los vulneren en otros contextos.

Si cada agente o grupo apelase únicamente a su propio marco moral sin posibilidad de evaluación externa, la ética se disolvería en una suma de convicciones privadas, lo que dificultaría la rendición de cuentas y la protección efectiva de derechos. Diversos enfoques contemporáneos proponen un pluralismo moral crítico, que acepta la diversidad de valores y contextos, pero sostiene la existencia de unos mínimos normativos compartidos (como la no discriminación, la prohibición del daño grave y el respeto a la autonomía)¹. Este enfoque permite el diálogo intercultural y la crítica moral sin caer en el etnocentrismo ni en el relativismo radical.

Aunque todas las personas merecen respeto, no todas las ideas lo merecen. Las ideas no poseen dignidad

inherente; son proposiciones, creencias o juicios que pueden ser verdaderos o falsos, justificados o infundados, moralmente aceptables o reprochables. Desde esta perspectiva, el respeto irrestricto a las ideas es incompatible con la función normativa de la razón práctica. Las ideas deben poder ser evaluadas, contrastadas y, cuando corresponda, rechazadas.

El desempeño del personal de salud debe observar unas exigencias morales mínimas (y no meras «recomendaciones») derivadas de la ética profesional (códigos y juramentos), el marco de derechos humanos y el derecho sanitario mexicano.

Una exigencia moral fundamental para el personal de salud es que la atención se guíe por la dignidad de la persona y que no se discrimine por sus características personales o sociales. La formulación contemporánea del juramento médico (Declaración de Ginebra) refiere explícitamente que no deben interponerse consideraciones como la edad, la enfermedad o la discapacidad, el credo, el origen étnico, el sexo, la nacionalidad, la afiliación política, la orientación sexual o la clase social entre el deber profesional y el paciente. En sociedades desiguales, como la de nuestro país, esto implica que el deber de no discriminación no se agota meramente en «no negar atención», sino que nos exige revisar sesgos clínicos, barreras administrativas y prácticas que produzcan exclusión de facto de las personas usuarias de los servicios de salud.

Referencias

1. MacIntyre A. *After virtue*. 2nd ed. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 1984.

Correspondencia:

Gustavo F. Olaiz-Barragán

E-mail: gustavo.olaiz.conbioetica@gmail.com

Fecha de recepción: 02-03-2026

Fecha de aceptación: 03-06-2026

DOI: 10.24875/GCB.M26000019

Disponible en línea: 09-07-2026

Gac Conbioet. 2026;15(54):54

www.gacetaconbioetica.com

Reformas a La Ley General de Salud en materia de Comités de Bioética

El 15 de enero de 2026 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, entre ellas las relacionadas con el quehacer de los Comités que atañen a la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), de esta manera:

• Comité de Bioética para la Atención de la Salud (CBAS):

Surge el CBAS, como equivalente al Comité Hospitalario de Bioética (CHB), ante la necesidad de llevar las actividades de reflexión y discusión bioética más allá del ámbito hospitalario, lo que ofrece una estructura orientadora para la atención primaria de salud, que incluye el contexto ambulatorio, comunitario y domiciliario

• Comité de Ética e Investigación (CEI):

Se incorporan en un solo comité: el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación. El propósito de lo anterior es optimizar la evaluación de protocolos mediante un mecanismo de revisión que articule las dimensiones científica y ética, además de reducir los tiempos de aprobación. Este nuevo Comité, mantendrá las siglas CEI

Más información:

Sitio web CONBIOÉTICA:

<https://www.gob.mx/salud/conbioetica>

Correos electrónicos de contacto:

chb.conbioetica@salud.gob.mx y cei.conbioetica@salud.gob.mx



Salud
Secretaría de Salud



Integridad Científica



Gaceta
CONBIOÉTICA

Conoce el nuevo Código de bioética para el personal de salud

- Contribuir al fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud universal, equitativo, sustentable, con calidez y de calidad, mediante la inclusión de la perspectiva bioética, ha sido el propósito fundamental de editar la versión actualizada del Código de bioética para el personal de salud
- Esta nueva publicación, integrada por 55 artículos distribuidos en 8 capítulos —contó con la participación multidisciplinaria e interinstitucional de un amplio equipo de trabajo— y está orientada al personal de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, así como a quienes se desempeñan de forma domiciliaria y a través de medios electrónicos y digitales

En las páginas del texto es posible encontrar temas sobre:

- Aplicación de principios bioéticos en una atención sanitaria centrada en la persona y su protección
 - Responsabilidades del equipo de salud y la necesidad de su formación continua
 - Protección de datos personales
 - Marcos que orientan la investigación en salud y la integridad científica
 - Salud comunitaria y ambiental
-
- De manera adicional, se abordan desafíos en materia de cuidados paliativos, objeción de conciencia, investigación genómica y reproducción humana asistida

El *Código de bioética* es una responsabilidad compartida para decidir y actuar con conciencia y ética



Te invitamos a descargarlo, reflexionar sobre su contenido y llevarlo a la práctica:



Salud
Secretaría de Salud



Integridad Científica



Gaceta
CONBIOÉTICA

- Atención presencial y en línea
- Bases de datos multidisciplinarias
- Catálogo de publicaciones científicas



Contáctanos:

amigosconbioetica@salud.gob.mx

Suscríbete al



SERVICIOS DE INFORMACIÓN



Servicios de información

Síguenos en redes sociales



Atención
a usuarios



Acceso a base
de datos



Salud
Secretaría de Salud



Integridad
Científica



Gaceta
CONBIOÉTICA